

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítáme příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Zná její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhé je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svébytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvárňuje a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnoterapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřáhování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřáhovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladčování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organizmus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dialyzovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website**: www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium**: in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomaticky nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochránující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vyličeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiatier a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, at' již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svébytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti schopni profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazyval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínání, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patologických konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

např. vředové onemocnění způsobené stresem situační hypertenze křeče tepen na rukách při pohledu na krabičku cigaret	sociální procesy – sociologie psychické procesy – psychologie fyziologické procesy – fyziologie anorganické procesy – fyzika, chemie	např. úrazy toxiny horko chlad
---	--	--

Nauka o znacích zná problém propasti mezi různými znakovými systémy, např. zpočátku nepřekonatelné hranice mezi dvěma lidmi, kteří mluví různými jazyky. Tuto hranici je možné překonat pouze tehdy, pokud se oba naučili překládat jazyk druhého do svého vlastního jazyka. Proces překládání proto zaujímá z hlediska znakové teorie zvláštní postavení. *Jakobson* (1971) vytvořil koncept, v němž se rozlišuje mezi **interpretacemi** (překlady v rámci jednoho a téhož jazyka), jazykovými **překlady** (jedná se o překlady z jednoho jazyka do druhého) a **transmutacemi** (překlady z nejazykového do jazykového znakového systému popř. z nejazykového do jiného nejazykového znakového systému). Z tohoto hlediska je možné interpretovat nutnost spočívající v rozvinutí speciální vědní disciplíny s vlastním jazykem pro každou integrační rovinu systémové hierarchie předpokladem, že na každé z těchto rovin udržují specifické znakové systémy spojení mezi jednotlivými tam usídlenými systémy.

Jazyky, které rozvíjí biologie, psychologie a sociologie za

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnázi, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiatier a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týtž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dialyzovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebim-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. é. 3. 4.
Mónika Erika Kovács, MD, PhD
General Secretary of the Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítáme příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Zná její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvárňuje a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patologických konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vrátit k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vyličeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (Balint 1955) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímajúcich sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, at' již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website**: www.cebim-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium**: in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96 *Psych@Som III. 2003. 6. 3-4*
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svébytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky - ať už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vyličeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiatier a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dialyzovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusní příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. é. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Zná její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky - ať už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zranění.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (Balint 1955) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepresiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnázi, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkájíc na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebim-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Zná její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger). Publikováno se souhlasem autora.

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svébytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky - ať už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvárňuje a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomaticky nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochránující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znaky, které v těle přenášejí zprávy o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladčování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímajúcich sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebim-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Mónika Erika Kovács, MD, PhD
General Secretary of the Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Str. 96
Psych@Som III. 2005. 02. 24.

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vyličeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímajúcich sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website**: www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium**: in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítáme příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomaticky nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vyličeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týtž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: cbvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychoterapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychoterapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvárňuje a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochránující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zranění.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vyličeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmito velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladčování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkájíc na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskozitou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatri, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zranění.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepresiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítáme příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychoterapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychoterapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Zním její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger). Publikováno se souhlasem autora.

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladčování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskozitou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebim-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočitatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky - ať už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (Balint 1955) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnázi, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertenze či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychotherapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svébytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (la mere camante). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znaky, které v těle přenášejí zprávy o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladkování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiatier a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkájíc na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusní příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertenze či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website**: www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium**: in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychoterapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychoterapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Zním její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisuji 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky - ať už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivity orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v raném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepresiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se nesetkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvičkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvičkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhou činností nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočitatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se nesetkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisuji 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (la mere camante). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladčování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind, Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: cbvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. é. 3. 4.
Mónika Erika Kovács, MD, PhD
General Secretary of the Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítáme příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky - ať už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti schopni profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazyval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínání, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnoterapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patologických konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (Balint 1955) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se nesetkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dialyzovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dystymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomaticky nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiatier a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvárňuje a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušení terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochránující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dialyzovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website**: www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium**: in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. 6. 3. 4.
General Secretary of the **Mónika Erika Kovács, MD, PhD**
Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychoterapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychoterapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisuji 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvárňuje a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímajúcich sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se nesetkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dialyzovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Mónika Erika Kovács, MD, PhD
General Secretary of the Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Str. 96
Psych@Som III. 2005. 02. 24.

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychotherapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychotherapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvárňuje a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomatických nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do nesnází, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>	Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136	
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: right;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhou činností nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znáám její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatri, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomaticky nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnoterapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdošjně setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znaký, které v těle přenášejí zprávy o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaký, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivity orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: *Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320*

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkony</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkony	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitelé zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, at' již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertense či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Mónika Erika Kovács, MD, PhD
General Secretary of the Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Str. 96
Psych@Som III. 2005. 02. 24.

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítáme příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Zná její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozněla a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger). Publikováno se souhlasem autora.

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemicky a fyziologicky fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Zadržuje je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomaticky nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochránující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vracet k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jásnými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová rovina	Vzestupné efekty
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vylíčeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladkování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Veď aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkáme na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik citění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozkiem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se neseťkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dializovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě.* Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen *asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**

<p>číslo 3/4</p>	<h1 style="text-align: center; text-decoration: underline;">PSYCH@SOM</h1> <p style="text-align: center;">Liberecký Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., pro potřebu Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ostatní zájemce</p>	<p style="text-align: center;">Ročník III/2005 ISSN 1214-6102</p>																																										
<p>OBSAH</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Editorial</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">V.Chvála: Prázdninové lelkování</td> <td style="text-align: right;">90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z pošty</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">J. Poněšický: K psychosomatické výkonu</td> <td style="text-align: right;">91</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Akce, kurzy, semináře</td> <td style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network</td> <td style="text-align: right;">95</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zkušenosti z pracovišť</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Z konferencí</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny</td> <td style="text-align: right;">101</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Teorie</td> <td style="text-align: right;">115</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7</td> <td style="text-align: right;">116</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Excerpta psychosomatica</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.</td> <td style="text-align: right;">125</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS</td> <td style="text-align: right;">126</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Recenze</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy</td> <td style="text-align: right;">127</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Stanley Keleman: Anatomie emocí</td> <td style="text-align: right;">130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře</td> <td style="text-align: right;">133</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nabídka psychoterapeutických pobytů</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> </table>		Editorial	90	V.Chvála: Prázdninové lelkování	90	Z pošty	91	J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91	Akce, kurzy, semináře	94	First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95	Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97	Zkušenosti z pracovišť	97	MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97	Z konferencí	101	Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101	Teorie	115	Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116	Excerpta psychosomatica	125	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126	Recenze	127	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127	Stanley Keleman: Anatomie emocí	130	R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133	Nabídka psychoterapeutických pobytů	136
Editorial	90																																											
V.Chvála: Prázdninové lelkování	90																																											
Z pošty	91																																											
J. Poněšický: K psychosomatické výkonu	91																																											
Akce, kurzy, semináře	94																																											
First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network	95																																											
Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově	97																																											
Zkušenosti z pracovišť	97																																											
MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	97																																											
Z konferencí	101																																											
Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	101																																											
Teorie	115																																											
Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	116																																											
Excerpta psychosomatica	125																																											
Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.	125																																											
Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	126																																											
Recenze	127																																											
Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	127																																											
Stanley Keleman: Anatomie emocí	130																																											
R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	133																																											
Nabídka psychoterapeutických pobytů	136																																											
<p>Redakční rada</p>	<p>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 style="text-align: center;"><i>Uzrálo dne:</i> <i>1. září 2005</i></p>																																										
<p>Redakce</p>	<p>Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s., Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz, Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>																																											

V.Chvála: Prázdninové lelkování

Tak jsem to trochu přehnal s tím odpočinkem, jak vidím. Dal jsem na své blízké, kteří tvrdili, že jsem určitě workaholik, když pořád něco musím dělat. No jasně, co když celé to usilování, organizování, zdvihání něčeho, co se stále ztrácí, celá ta sysifovská marnost je jen vhodnou potravou pro workaholiky? Co když to není čin ale symptom? Začal jsem pochybovat, zda má cenu organizovat řešení psychosomatiky v Čechách, když to je jen další a další práce. Věnovat se pacientům s větší vervou, zabývat se těmi hůře léčitelnými, pracovat dokonce s jejich rodinami. Vždyť to jen spotřebovává náš čas! Umíte si představit, že v takové ambulanci můžete denně pracovat nejvýš s šesti rodinami a víc se Vám tam nevejde? Copak není lepší jim rozdat léky a čekat, až se to zlepší, za měsíc si je pozvat a zase jim dát jiné léky, tak můžete ošetřit i třicet lidí denně. To znamená 5x větší výkon! A ještě to všichni přivítají, pojišťovny, firmy, ředitele zdravotnických zařízení, nakonec i sami pacienti, jejich otcové, matky, partneři, a všichni ti, kteří se mohou cítit nekomfortně, když je zvete ke společnému sezení nad problémem astmatického dítěte, zablokovaného manžela, omdlívající dospívající dcery, nebo něčeho dalšího, co se dá tak těžko řešit. A co víc, když rozdáte léky, máte odpoledne volno, nemusíte si plnit hlavu cizími příběhy, můžete vyrazit do ulic, do kaváren, za kulturou, případně (jste-li mladší) za milenkami, oslňovat kolegy na golfu, nebo moudře pohovořit během přestávky tenisu o novinkách ve výzkumu genu dětské zlobivosti. Zajdete na večeri, do divadla, a druhý den zase do práce, stále vlastně odpočatí, v dobré náladě a kondici. Kdyby se vloudila pochybnost o smysluplnosti vaší činnosti, zajedete na kongres, kde se setkáte s tolika dalšími úspěšnými kolegy, kteří vám potvrdí, že vidí ty věci taky tak, v nehorším případě si přečtete kterýkoli odborný časopis, kde vám také nepochybně potvrdí správnost hypotézy, že nemoc vzniká jen nedostatečnou dávkou nějaké látky, kterou je tak snadné dodat správným lékem. Jen dodržet doporučené postupy a je to. Teď to vypadá jako ironie nebo závist, ale já to myslím vážně. Kladu si otázku, proč tohle nedělám taky tak, proč dokonce přesvědčuju občas další kolegy, že by se měli věnovat svým pacientům jinak, více, podrobněji, chtějí-li pomoci i v těch případech, kde ostatní neuspěli, že by se mohli pokusit pochopit symptomy pacienta v kontextu jeho příběhu, ne jen jedné, ale dokonce více generací. No není to perverzní, když žádná z našich akademických autorit takovou bláhovou činnost nepodporí, nenajdete oporu v doporučených postupech a ještě tím ztratíte cenný čas? A jak jsem tak nad tím vším uvažoval, čas zatím plynul, občas jsem si něco přečetl, a práce, kterou jsem měl připravenou už v květnu k vydání, ležela ladem. Mezitím se některé příspěvky staly neaktuální, jako třeba program vzdělávání v psychosomatice na půdě Lékařské komory, u jiných už autoři zapomněli, že mi je poslali, a starosti o psychosomatickou problematiku se nikdo neujímal. Ale ani nebylo proč, ona ta starost jen zneklidňuje, nebo možná ani to ne. Proč jen nedám na Gilla Lipowetskyho, který tak přesvědčivě tvrdí, že se Evropa proměnila ve společnost lhovostejného zírání ve své „Éře prázdnoty“. Ale léto skončilo a začala zase ta běžná práce. Přečetl jsem si diskusi příspěvek Jana Poněšického, připomněl jsem si zprávu o psychosomatice v ordinaci praktického

lékaře od Pavla Pohořského, přečetl jsem si konečně pořádně i další pokračování teoretické stati Thura von Uexkubla, kterou pro nás přeložil pan Špís junior, a znovu jsem pookřál. Napadlo mě, že možná nejsem workaholik, že mám jen radost, když se můžu potkávat s lidmi, kteří smýšlí o světě podobně, kterým to nedá a potřebují více porozumět tomu, co dělají. A pak mi stojí za to se starat o to, aby měli nějaké místo, kde se taková věc může stát. Třeba o tento bulletin, i kdyby to nemělo jiný smysl. A co třeba uspořádat zase konferenci příští rok v září! Co třeba na téma Emoce-Nemoce? Není to zbytečné? Máte jiný nápad? Napište: chvala.vladislav@seznam.cz

Z POŠTY

J. Poněšický: K psychosomatické výkonu

V tomto příspěvku mi jde na příkladu výkonnosti o poukaz na postavení psychosomatiky mezi životní filosofií, již koriguji z „nižšího“ psychologického, ale i klinicky-zkušenostního hlediska, a mezi tělesností, kterou spojuji s vyšší, tj. opět psychologickou úrovní.

Dle Hogenové /Psych@som č. 2, 2005/ je výkon v dnešní době potvrzením naší jsoucnosti a „musí být proto objektivní, měřitelný a působivý, neboť jen tak tvoří skutečnost a zakládá nárok na ontickou platnost“. Protože „neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon“, není nikdy úplně dosaženo tohoto cíle a touha po výkonovém sebezpřesahování získává charakter drogy, jež má vytěsnit „hrůzu před prázdnotou, nicotou, nenaplněností a opuštěností“, „zůstává jen vůle k moci“.

Naproti tomu „autentický výkon“ je „výkon života“, jež je se svým nositelem identický. S touto větou je možno z psychologického a psychosomatického hlediska plně souhlasit: výkon coby plné sebeuskutečnění, plné žití /věnování se sportu, umění, vědě, sociální práci apod./, péče o to co mi bylo dáno do vínku atd. Jde o zdravě narcistickou vývojovou linii celosobnostního rozvoje, o potřebu seberealisace, sebevýrazu, sebeúcty, sebenaplnění a hrdosti na to, co jsem ze svého života udělal.

Naproti tomu je filosofické pojetí výkonu coby náhražka a kompenzace nežité otevřenosti bytí - jež je charakterizováno „tázáním a s tím spojeným napětím“ /nejistotou, vržeností do světa a zpět na sebe sama/ - příliš úzké tj. neodpovídající žité praxi. Výkonnost, kterou má Hogenová na mušce, se stává opravdu drogou s nedostižným a nedosažitelným cílem /resp. uspokojením/, ovšem nejen tím, že slibuje naplnění potřeby autentického žití a kompenzuje narcistické deficity /pocit méněcennosti, životní prázdnoty apod./, nýbrž uspokojuje obecně a náhražkově ty důležité nerealizované potřeby, které jsou /tj. mohou být/ potlačeny či odštěpeny /např. na rozdíl od potřeby dýchání/, a jsou skrze jistou podobnost s výkonem a jeho dosahováním alespoň částečně či chvilkově naplněny. To jistě souvisí se současnou socializací, s tím, co je zanedbáváno a co ceněno. A opravdu, zvl. z hlediska pozorovatele se zdají být výkonní a slavní lidé šťastní, přestože se častěji rozvádí, podléhají alkoholu či drogám nebo končí sebevraždou.

Hogenová se zabývá zvláště intrapsychickou a filosoficky-antropologickou úrovní. Na pozadí vývojové psychologie je třeba vyzvednout dimenzi vztahovosti, jež je od počátku – a to již před narozením – naše „conditio humana“; lidskost a spolu-lidskost se vzájemně podmiňují a prolínají. Tak uznání či sláva uspokojují často potřebu po akceptaci či vzbuzení zájmu /nežli po moci/. Nezřídka se o to snaží již školní dítě, když vidí, že rodičům záleží na vyniknutí ve škole či sportu. V tom případě se často jedná o narcistické zneužití rodiči za účelem obdivu ze strany okolí. Dítě se s tímto přáním identifikuje, podřizuje se, resp. splývá s postojem rodičů. Zde je i jistá souvislost s ubikviterním silným přáním po nalezení ztraceného ráje, jednoty, po splynutí – s davem, s národem při získání zlaté medaile, s omamným pocitem slávy. I toto přání, ať již se datuje z před- či poporodní symbiosy s matkou, či souvisí s touhou po celistvosti, jíž se od dětství vzdáváme ve prospěch našeho jednostranného způsobu života, má interpersonální základ. Jindy se skrývá za výkonem agrese, touha po poražení soupeře, konkurence ve vztahu k sourozencům či k vlastnímu otci.

Patologická výkonnost z lékařsko-somatického hlediska souvisí se stresem, s neúnosným zatížením zvláště svalového aparátu a krevního oběhu a s nebezpečím dekompenzace. Psychologicky to znamená vytěsnění varovných signálů /ohledně únavy, míry únosnosti, potřeby po oddechu, posléze i oprávněného strachu z psychofyzického zhroucení/ onou touhou po dosažení či udržení špičkové výkonnosti. Psychologicky hraje důležitou roli i prožívání vlastního těla jen zpředmětněně coby prostředku k výkonu /event. coby obdivovanému krásnému objektu/, bez ostatních důležitých atributů vztahování se k vlastnímu tělu /péče a starosti o něj, mít ho rád i s jeho nedokonalostmi atd./. Protože výkonnost substituuje uspokojení tak významných /či tolika/ potřeb, nesmí být zpochybněno, a jeho selhání musí být somatizováno /vydáváno za nemoc/. Výsledkem je /typický symptomový/ kompromis, neboť jsou postiženy orgánové systémy, které s výkonností nějak souvisí: srdce – spjaté s obecným termínem srdečního selhání, stejně jako krevní oběh /hypertenze či naopak závratě/, či svaly a vzpřímený postoj /ischiadické bolestivé stavy/, či to „nevydrží“ hlava /bolesti, poruchy koncentrace, částečná hluchota a tinitus/ atd.

Tak naše tělesnění – jako nonverbální chování vůbec – prozradí, oč opravdu jde. To se projevuje analogicky jako dynamika psychosomatických symptomů buď jako výraz určité /často potlačené a tudíž usilující o výraz/ potřeby, či jako symbolický výraz, jako výraz celé osobnosti či - resp. zároveň – jako komunikace /např.: starejte se o mne avšak nedejte mi najevo mé selhání/.

Doufám, že vyšlo najevo, že na rozdíl od filosofického pojetí - zde výkonu – je třeba v první řadě pátrat po individuální významovosti a jeho psychosomatických následcích. Byl ztělesněním výkonu otec, který však záhy zemřel na infarkt? Bylo dítě nuceno podávat výborný výkon ve škole, jemuž se vyhýbalo bolením břicha, či reagovalo na selhání jedením čokolády? Znamenala výkonnost disciplinované hubnutí za účelem štíhlosti a obdivu? Obecně: s jakými pozitivními a negativními zážitky je výkon spjat a dále asociován? Co výkon reprezentuje a symbolizuje?

Podobně jako při výkladu snů či psychogenních příznaků hrají nejdůležitější roli individuálně získané významovosti, teprve v druhé řadě je na místě se zabývat obecně psychologickými a psychosomatickými souvislostmi, resp. zkušenostmi.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 10.4.2005

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POKRAČOVACÍ KURZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE IPVZ 7.-8. ŘÍJNA 2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	Prof.MUDr.Karel Chromý,CSc.	Somatoformní syndrom
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL I.
13:45-15:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Úzkostný pacient v ordinaci PL II.
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.David Skorunka	Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře
10:45-12:15	MUDr.Eduard Rys	Slepá skvrna, kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Rozbor videozáznamu příjmu psychosomatického pacienta
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

First Symposium of the Central Eastern European Behavioural Medicine Network (CEEEM-NET)

Termín konání: 14. – 16. říjen 2005

Podrobnosti o akci a její cíle naleznete v přílohách.

Do 30. května 2005 je možné žádat o cestovní grant (viz. registrační formulář).

Ing. Simona Lauerová
Americké vědecké informační středisko, o.p.s.
Valdštejnská 20
118 00 Praha 1
tel: 257 530 113
fax: 257 530 115
e-mail: lauerova@amvis.cz

BACKGROUND

The interdisciplinary approach of behavioural medicine - that means the integration of sociocultural, psychosocial, behavioural and biomedical knowledge relevant to health and illness – is fundamental in understanding the determinants of the morbidity and mortality crisis in our region and more importantly to implement community based behavioural medicine health promotion methods.

During the **Budapest Satellite meeting of the 8th International Congress of Behavioural Medicine** (August 29-31, 2004, Budapest, Hungary) participants agreed to establish a Central Eastern European Behavioural Medicine Network in order to strengthen teaching, research and system engagement in behavioural medicine in the countries of the region.

The proposal for such a regional cooperation has also been welcomed and approved by the International Society of Behavioural Medicine, as well, so the Network was officially established in February 2005.

OBJECTIVES

- To have CEEEM-NET as an **inter-disciplinary** and **inter-professional forum**, where we can share our knowledge and expertise to reach our goals.
- To provide **networking opportunities** for health care and policy professionals, researchers,

academics and everyone interested in the field of behavioural medicine and public health.

- To **increase global** interest in BM research and practice **from a regional perspective**.

We aim to cooperate in the following fields so as to integrate behavioural medicine and sciences with traditional medicine and public health:

- **Research cooperation:** between researchers, clinicians and health policy professionals to examine how behavioural medicine research and practice can be used to understand the health issues of countries undergoing rapid political and economic transition and how to address these health challenges in the future.
- **Clinical applications:** to adapt and evaluate the evidence based behavioural medicine interventions for preventing the health crisis in the region.
- **Education and training:** to give and promote education and training how to implement BM interventions in health promotion and clinical practice. To specify the levels, formats and contents of according to the specific local and regional tasks. To exchange of educational methods and materials between institutions and countries.
- **BM Organisations:** to help to give birth of national BM societies and institutions in the region.

FIRST ACTIVITIES

- Stimulate **communication** and **information exchange**;
- Establishment of the CEEBM-NET **website:** www.cebem-net.hu;
- Formal establishment of a **Steering Committee** of network and outline its **organisational guidelines**;
- Organise the **1st CEEBM-NET Symposium:** in Targu-Mures, Romania, 14-16 October, 2005.

We hereby **INVITE YOU** and your colleagues to join the network and help creating and broadening a really active and functioning cooperation, which will strengthen the social capital in our region.

Please contact us with your advice, ideas and help concerning our aims by e-mail to kovmon@net.sote.hu or via the internet: www.selyesociety.org.

Budapest, 25 February, 2005
Str. 96
Psych@Som III. 2003. é. 3. 4.
Mónika Erika Kovács, MD, PhD
General Secretary of the Janos Selye Hungarian Society of Behavioural Sciences and Medicine
Coordinator of CEEBM-NET

Jáchymov VII. - tentokrát v Rožnově

Česká asociace pro psychické zdraví navazuje na sérii jáchymovských konferencí věnovaných komplexní terapii psychóz a se souhlasem původních pořadatelů svolává zájemce o účast na tradiční konferenci, tentokrát ale do Rožnova pod Radhoštěm. Pro letošní ročník jsou vyhlášena tato dvě témata: "Psychóza a tvořivost." "Psychóza a vztahy." Vítejte příspěvky zaměřené nejen ryze lékařsky, ale i orientované na sociální aspekty nemoci. Konference se koná 24. až 27. listopadu v rekreačním středisku Orbita. Příspěvek, workshop a poster lze přihlásit do 26. září, pasivní účast na konferenci do 28. října. Konferenční poplatek: 350 Kč (pro členy ČAPZ 300 Kč, pro aktivní účastníky zdarma.) Bližší informace a přihlášky na stránkách www.capz.cz, e-mailem

Andrea Studihradová
výkonná ředitelka

Česká asociace pro psychické zdraví
Jelení 9, 118 00 Praha 1
tel./fax:224 212 656, GSM: 777 783 019
www.capz.cz

konference@capz.cz, telefonicky +420-224 212 656 a na adrese ČAPZ,

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. Pavel Pohořský: také v ordinaci praktického

lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu

(příspěvek přednesen na kolokviu absolventů libereckých výcviků rodinné terapie psychosomatických poruch v Hejnicích, duben 2005)

Pracuji jako praktický lékař v Písku a do své práce somatického lékaře se snažím integrovat psychosomatický pohled na stonání mých pacientů a používat psychotherapeutický přístup při jejich léčbě. Když jsem o tom uvažoval, vybavily se mi tři krátké kasuistiky.

První je o ženě, kterou znám již léta, dochází pravidelně. Tentokrát nemůže vydržet bolesti, bolí jí všechny svaly a klouby, hlavně v zádech, kde vystřelují do obou nohou a na hrudníku, kde cítí hrozné svírání. Běží mi hlavou, co by často následovalo - natočit EKG, odběry krve na revmatické testy a na Borelii, rentgenologické vyšetření páteře, předpis analgetik, myorelaxancií. Protože by se stav nelepšil následovalo by ortopedické a neurologické vyšetření, rehabilitace - kolikrát už to takhle zažila. . .

Před léty jsem s touto ženou strávil několik hodin v rámci rodinně orientované psychotherapie. Tehdy se asi na 2 roky zbavila svých obtíží, v poslední době opět somatizuje. Znam její příběh a ona ví, že mi ho může vyprávět. Stačí chvíli, oba víme, že čekárna je plná. Chvíli mlčím a pak se zeptám co se děje? Říká: „Když já to nikomu ani nemůžu říct, syn 6 let neviděl své dítě, tak přestal platit alimenty, když s ním nemůže být. Teď má jít za to k soudu. Manžel by ho zabil, nikdy ho jako nejstaršího neměl rád a já mu penězi pomoc nemůžu...“ Její tenze se vyprávěním snížila. Protože se už 3 týdny nevyspala, předepisují 10 tablet hypnotika. Mluvíme o tom, že nejstarší synové to někdy mají nejtěžší a že ona za dospělé děti sotva něco vyřeší. Domlouváme se, že přijde za 14 dní. O zádech a kloubech už ani slovo.

Příběh muže je jiný. Před časem rozrazil dveře ordinace a silným hlasem prohlásil- tak jsem tady, abyste mne rozebral. Vůbec jsem nevěděl, která bije. Ten

zvláštní člověk s uhýbavým pohledem se u mne léta léčí pro ne zcela obvyklou kombinaci nemocí - s vysokým tlakem a astmatem. Chvíli jsem mlžil a pak jsem si vzpomněl, že asi před 3- 4 lety jsem mu opakovaně nabízel psychoterapii, protože tenze, která z něho vyzařovala byla nepřehlédnutelná. Tehdy odmítl, ale ta informace v něm někde pracovala a teď dozrála a on se rozhodl, že po létech, kdy jsem mu na jeho zdravotní obtíže předepisoval jen léky, můžeme začít mluvit o tom, co se za těmi nemocemi skrývá.

Třetí je příběh starší ženy, která několik desetiletí navštěvovala mne a řadu jiných lékařů se svými zdravotními obtížemi, které byly dle mého názoru způsobeny nespokojeností se svým osamocněním po úmrtí manžela a po změně společenských poměrů. Nikdy ale na jinou než somatickou léčbu nepřistoupila, nikdy nezískala náhled na své stonání. Při poslední gastrokopii jí byla diagnostikována rakovina žaludku.

Tyto kasuistiky ukazují některé radosti a některá úskalí mé práce. Se svými pacienty běžím běh na dlouhé tratě, většinu z nich znám léta. Přicházejí za mnou se svými obtížemi a očekávají jejich odstranění. S většinou z nich pracuji převážně somaticky, při tom se snažím při rozhovorech podsouvat možné psychické souvislosti jejich stonání.

Dvě věci mi přijdou těžké. Jednak nepřehlédnout za obtížemi závažné somatické onemocnění a na druhé straně umět pacienty přesvědčit o tom, že jejich obtíže mohou souviset se způsobem jejich života, s jejich životním příběhem. Umět rozlišit u koho se o to mám pokoušet a u koho ne, je asi to nejtěžší. To je hrana, po které se stále učím chodit.

Rovněž získávání informací o jejich životě je jiné, než u psychologů či psychiatrů. Většinou znám už dopředu část životního příběhu mých pacientů, nebo i celých rodin, aniž mi ho sami museli vyprávět. Někdy znám i ty skutečnosti, o kterých mi oni sami nikdy nepoví. Ať chci nebo ne, tyto informace mne při léčbě

ovlivňují (mám na mysli např. pacienta, kterého jsem léčil pro panické ataky a o kterém jsem slyšel, že je na seznamu spolupracovníků Stb)

I když jsem s tím zpočátku nepočítal, postupně jsem došel k názoru, že si musím vyčlenit zvláštní čas na psychoterapeutická sezení. Mám pocit, že se tím zvyšuje má vnímavost k psychosomatickým souvislostem. Zvládnou to časově jen lx za 1-4 týdny. Snažím se domluvit jasnou zakázku, po sezení si dělám zápisy. Od doby, kdy jsem si pověsil na dveře ordinace ceduli, že se zabývám i psychoterapií objeví se u mne občas někdo, kdo přichází primárně kvůli tomu. S těmito lidmi je pochopitelně jednodušší domluvit se na zakázce, nemám ale pocit, že vlastní léčba by pokračovala snadněji, spíše naopak.

Pokud se mi podaří zaangažovat rodinu do léčby (což je z pohledu mých somatických pacientů už hodně divné), je to vždy ku prospěchu věci. Pak si už připadám jen jako médium, skrze které se dějí věci téměř samy.

Jsem přesvědčen o tom, že psychický základ mají téměř všechny nemoci mých pacientů. Ani běžnou chřipku nedostane ten, kdo není ve stresu a je se svým životem spokojený. Léčil jsem dívku, jejíž časté angíny ustaly, když si po několika sezeních uvědomila svou samotu a to, že vztahy ve kterých žije, jí nenaplňují. Některé příběhy jsou až tajemné. Šestnáctiletá dívka s mentální anorexií po 4 sezeních rodinné terapie sebrala odvalu, řekla svým rozvedeným rodičům, kteří se s ní zúčastnili terapie, co si myslí a začala jíst. Ne vše bylo ale vyřčeno a dořešeno a přes mé naléhání na další sezení již nepřišli. Za 5 měsíců na to jsem dostal zprávu, že dívka byla odoperována pro ileus - zauzlení střeva, část střeva jí byla chirurgicky odebrána. Byla to náhoda? Bylo to pokračování vnitřního konfliktu? Mohu o tom jen přemýšlet.

Myslím, že nemocným se při psychoterapeuticky vedené léčbě uleví často, mě se však uleví po každé. To, že mohu blíže nahlédnout do osudu svých nemocných mi umožňuje lépe rozumět jejich stonání. Vždyť ke mně budou nadále do ordinace docházet se svými obtížemi. Energetický i časový zisk z toho, že se

můžeme bavit o jejich starostech a nemusíme mluvit jen o nekončících tělesných obtížích je nespočítatelný.

Je mýtem a neporozuměním, že na psychoterapii k léčbě psychosomatických nemocí v ordinaci praktického lékaře není čas. Myslím, že opak je pravdou.

MUDr.Pavel Pohořský, Písek pavel.pohorsky@senior.cz
--

Z KONFERENCÍ

Dr. Med. Eberhard Wike: K pozici katatymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny

*Přednáška byla přednesena v rámci 9. mezinárodního semináře pro katatymně imaginativní psychoterapii ve Žďáru nad Sázavou, předneseno 19.5.2005 (Přeložil PhDr. Oldřich Bajger).
Publikováno se souhlasem autora.*

Svou přednášku bych chtěl rozdělit do tří částí. Nejprve bych chtěl vyslovit několik obecných poznámek k definici toho, co dnes chápeme pod pojmem psychosomatické medicíny. Ve druhé části bych se chtěl dotknout specifických psychických a tělesných zvláštností, které předpokládáme u lidí, kteří ve zvýšené míře trpí „psychosomatickými nemocemi“, a ve třetí a nejdelší části se pokusím přiblížit Vám, proč jsme přesvědčeni o tom, že naše metoda katatymně imaginativní psychoterapie je mimořádně vhodná k tomu, aby tyto pacienty oslovila a korigovala jejich specifické vývojové deficity.

K DEFINICI PSYCHOSOMATIKY

Tento pojem je připisován Heinrothovi, německému lékaři, který ho použil v roce 1818, tedy v dobách romantické medicíny. Další historický vývoj psychosomatické medicíny je zajímavý, překračoval by však rámec této přednášky. Psychosomatika se vždy pokoušela vytvářet protipól k čistě přírodovědně pojímanému lékařství, které chápalo člověka výlučně jako anatomickou, biochemickou a fyziologickou fungující bytost. Psychosomatická medicína zastupuje komplexnější chápání zdraví a nemoci, když vedle somaticko-přírodovědného aspektu chápe jako rovnocenný také sociální a psychický aspekt lidské existence.

Psychosomatická medicína tedy zahrnuje jednak základní lékařský postoj, který při diagnostice a terapii nemocí zohledňuje také duševní a sociální faktory. Z druhého je psychosomatická medicína výzkumným přístupem, který biologickými, psychologickými a sociálními metodami zkoumá význam duševních a sociálních procesů pro vznik, udržování a léčbu tělesných onemocnění.

Zatřetí je psychosomatická medicína označením - tak je tomu alespoň v Německu - expandující oblasti lékařské péče o určité pacienty, opírající se především o psychoterapeutické metody. Na mysli zde máme

- 1/ pacienty, kteří trpí buď čistě psychogenními poruchami,
- 2/ pacienty, kteří mají somatická onemocnění, jako je např. astma a colitis ulcerosa, u nichž, ve větší či menší míře předpokládáme psychické faktory a
- 3/ pacienty s těžkými a chronickými tělesnými nemocemi, které mají psychické následky. Tedy pacienty s onkologickými nemocemi a ledvinovou insuficiencí s nutností hemodialýzy, pacienty po transplantacích srdce a mnoho dalších.

Vzhledem k omezenému prostoru lze tedy definovat takto: psychosomatická medicína je nauka o tělesně-duševně-sociální interakci při vzniku, průběhu a léčbě onemocnění. Ve své podstatě je nutno chápat ji jako lékařství orientované na osobu v protikladu k medicíně převážně orientované na nemoc u čistě přírodovědného přístupu. V anglosaských zemích se používá pojem "psychosomatice" a znamená převážně psychofyziologii. Svěbytná psychosomatická medicína mimo psychiatrii je německou specialitou, kterou se v Evropě snažíme uchovat, neboť nařízení z Bruselu přináší hrozbu také vzájemného přizpůsobování zdravotnických struktur, které měly vlastní historický vývoj. Domnívám se, že se budeme muset v Evropě v budoucnu skutečně rychle naučit oceňovat naše národní zvláštnosti s tím, zda si je budeme chtít uchovat, protože jsou součástí naší národní identity, nebo zda se jich máme vzdávat během procesu přizpůsobování evropským normám, pokud je považujeme za hodné proměny. Tato otázka je pro nás v Německu důležitá i v medicíně, protože medicína se zde z historických důvodů vyvíjela jinak, než např. medicína v Anglii či USA. Medicína - a zejména psychosomatická medicína - se realizuje vždy v kulturním kontextu. Bylo by velkou ztrátou, kdybychom se ji pokoušeli z tohoto kontextu vynechávat, kulturní individuum s národními specifiky- at' už zdravé nebo nemocné - by se pak redukovalo na biomechanický model a přesně tomu se psychosomatická medicína snaží zabránit.

Dovolím si malý historický exkurz: vývoj psychosomatické medicíny v Německu se úzce váže na naše moderní dějiny. Nebylo náhodou, že ji razili internisté a nikoliv psychiatrii, především ve třicátých letech. Třicátá léta v Německu byla charakterizována rostoucím vlivem národního socialismu na celkový společenský a kulturní život, tak na medicínu. Psychosomatika byla utvářena psychoterapeuticky. Psychoterapeuticky tehdy znamenalo psychoanalyticky a psychoanalyticky znamenalo židovsky a židovské bylo v oněch 12 letech zlé a potírané, stejně jako psychoanalýza. Zástupci psychosomatiky byli ve třicátých letech umlčeni, většina emigrovala do USA a anglosaských zemí a naštěstí se po válce do Německa zase vrátila a takřkajíc znovu psychosomatiku založili.

Psychiatrie třicátých let naproti tomu byla antižidovská, čistě biologicko-deterministická. Bylo a i v současnosti nadále je těžké integrovat do psychiatrie psychosomatiku a psychoterapii jako rovnocenné součásti terapeutické práce a historicky podmíněné procesy štěpení se tak v Německu prosazují dosud. Prakticky to vypadá tak, že na velkých psychiatrických klinikách jsou léčeni především pacienti s psychózami a závislostmi a že se na takzvaných psychosomatických klinikách pracuje převážně psychoterapeuticky. Své zkušenosti jsem získával na takové klinice a není proto náhoda, že jsem **začínal** jako internista a ne jako psychiatr. Hanscarl Leuner patřil k oněm psychiatrům, kteří se v poválečném Německu velice brzy snažili integrovat psychoterapii také do psychiatrie a byl přitom vskutku úspěšný, byť patřil k výjimkám.

Po této krátké historické rozpravě, které bych přirozeně mohl věnovat celou přednášku, se vraťme zpět k užšímu tématu, totiž k problému tělo-duše. Ústředním problémem psychosomatické medicíny je tento problém tělo-duše. Jde o to, jak se duševní a tělesné procesy vzájemně ovlivňují a mění. Freud hovořilo „záhadném skoku“ psychického do tělesného a obráceně. Na tuto otázku dosud neexistuje uspokojivá odpověď, existuje ale spousta teoretických koncepcí a terapeutických přístupů a o některých z nich bych zde chtěl hovořit. Rozhlédneme-li se po světě, např. po Asii nebo také jižní Americe, všimneme si, že **oddělení těla a duše, či ducha je západní specifikum s dlouhou tradicí**, můžeme v této souvislosti zmínit Descarta. Dualismus těle a duše je pro jiné kultury mnohem méně příznačný.

NĚKTERÉ PSYCHOSOMATICKÉ MODELY

Jak už bylo řečeno, všeobecně akceptovaná a dostatečně obsáhlá teorie vzniku psychosomatických onemocnění dosud neexistuje a patrně nikdy existovat nebude. Freud v řadě publikací, poprvé v publikaci s Breuerem v roce 1895

formuloval **konverzní model**. Podle něj dochází ke skoku z duševní do somatické inervace a dochází k „odvádění libida“. Energie nevědomé a vytěsněné představy je proměněna do somatické inervační energie a tím udržována daleko od vědomí. V tělesném symptomu se díky tomu symbolicky vyjadřuje to, co je obsaženo v nevědomé fantazii. Podle tohoto modelu by musel být proces onemocnění přístupný psychoanalytické interpretaci. Povaha konfliktů by měla být genitálně-sexuální, somatické poruchy by pak měly postihovat převážně motorické funkce svalstva. Tento model je smysluplný při léčbě psychogenních ochrnutí, afonií, poruch citlivosti a mnoha bolestivých stavů. Dnes hovoříme o konverzi jen tehdy, když se konflikt v symptomu symbolicky ztvární a když pacient při vystoupení tělesného symptomu zažívá emoční úlevu (primární zisk z nemoci).

Psychoanalytik Alexander hledal zcela specifické konflikty, které způsobují poruchy zcela konkrétních orgánů. Jeho teorie specifity konfliktu už je dnes neudržitelná, nestává se, že by každý emoční stav nacházel zcela specifickou fyziologickou nebo orgánově patologickou odpověď. Jako pravděpodobnější se jeví spíše to, že fyziologické odpovědi vegetativního nervového systému na různé emoční výchyly jsou stejné.

Důležitý model předložili analytici **Engel a Schmale**. Poukazovali na význam prvotní situace, za které nemoc propukla a našli v té době afektivní stavy, které lze popsat jako zoufalství, depresi, rezignaci a zármutek. Pocit nezvratné ztráty a trvalého strádání ústí do duševního stavu, které popsali jako bezmoc a beznaděj, do komplexu "giving up" a "given up". Pacient má pocit ztráty spojitosti mezi minulostí a budoucností, takže už není s to, pohlížet do budoucnosti s nadějí a důvěrou. Budoucnost se mu proto zdá pochmurná a neodměňující. Proč ale tento stav vede u někoho do deprese a u někoho jiného do psychosomatického onemocnění?

DOMNĚLÁ FANTAZIJNÍ CHUDOST PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉHO (ALEXITHYMIE)

Když jsme v sedmdesátých letech začali aplikovat imaginace u psychosomaticky nemocných, byl konstrukt alexithymie velice rozšířený. Dnes zažívá jistou renesanci. Autoři alexithymie, které zde s výjimkou Sifneose z Bostonu nechci jednotlivě uvádět, pozorovali u těchto pacientů zvláštní chudost fantazií. Diskutovalo se o hyperprotektivní matce, která by mohla odstiňovat podněty (*la mere camante*). Autoři shodně pozorovali chudost fantazie, jistou emoční ztuhlost a neschopnost nalézt pro pocity vhodná slova. Pro nás, kteří se zabýváme imaginacemi, to byla výzva: naše metoda přece poskytuje ústřední vývojový prostor představ, fantazií a symbolicky znázorněných konfliktů. Mě zajímala zejména otázka, zda-li tito pacienti nemají fantazie vůbec, nebo je mají pouze v rudimentární podobě, případně zda není třeba hledat potíže v oblasti verbálního sdělování. Zda se tedy jedná o jáský defekt v oblasti fantazijní, nebo zda se jedná jen o vnitřní blokování, které pacientovi zakazuje mít představivost.

Dříve než přejdu k procesům, které pozorujeme při léčbě psychosomaticky nemocných, chtěl bych ještě trochu přiblížit omezení, která se u těchto pacientů vyskytují. Tito pacienti se intenzivně zabývají svými tělesnými symptomy a vyhýbají se vědomému prožívání psychických konfliktů, tvorba symbolů se u nich odehrává v oblasti tvorby symptomů. Jejich možnost vědomého prožívání a probírání konfliktů a schopnost volně k těmto konfliktům asociovat, je velice často omezená. Tlak psychického utrpení každopádně existuje ve formě bolestí nebo reaktivní depresivitě. Interpretace, klasický nástroj psychoanalýzy, často vyvolávají u těchto pacientů neporozumění, někdy bývají prožívány jako odmítnutí a vedou pak k tělesným zhoršením. Přerušování terapie u nemodifikovaných postupů jsou pak častá. Abstinence, v psychoanalýze nezbytná, je těmito pacienty prožívána jako nedostatečný zájem, nelze navodit pracovní spojení. První psychoanalýzy adekvátně u těchto pacientů často vedly i ke

zhoršení tělesného onemocnění. Psychosomatické pacienti pak nejsou na podkladě své nedostatečné introspektivní schopnosti sto profitovat z interpretací. Regredují na rovinu bazální poruchy, o níž Balint říkal, že se zde nejedná o psychický konflikt, nýbrž o defekt. Fürstenau poukazoval na to, že práce na odporu u psychosomatických pacientů s porušenými jáskými strukturami je nejen neplodná, ale patrně i škodlivá.

U těchto pacientů tedy nejde ani tak o práci na raných zážitcích vzpomínáním, jako spíše o podněcování a zpracovávání nových vztahových zkušeností a o nácvik nových postojů a nových forem chování. Psychosomatické pacienti jsou odkázáni na to, že povstane atmosféra charakterizovaná harmonií, důvěrou a příklonem, neboť ta navozuje tělesné, psychofyzické uvolnění, jež je důležitým prvkem léčby. To jsou v neposlední řadě také důvody velmi rychlých a často také hlubokých úspěchů, jaké mají u psychosomatických pacientů hypnotherapeuti provádějící výlučně klidovou hypnózu.

Co nám teď může nabídnout KIP, hledáme-li metodu mimořádně vhodnou k léčbě těchto pacientů? Zejména nastoupení hlubokého psychofyzického uvolnění - spojeného s odpovídajícími obrazy - považují mnozí autoři za skvělý předpoklad nasazení této metody u psychosomatických nemocných. Manželé Klessmannovi velice úspěšně léčili stovky pacientů s poruchami příjmu potravy, Jörg Roth vypracoval studii o pacientkách a pacientech s poruchami sexuálního prožívání, rovněž s dobrými výsledky, já sám jsem léčil více než 50 pacientek a pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou a randomisovanou studií jsem zjistil, že KIP byla účinnější než klasický postup vycházející z hlubinné psychologie spojený s hypnózou sloužící k relaxaci.

Na tomto místě je vhodné ještě jednou si ujasnit, co má KIP navíc oproti klasické psychodynamické metodě - především přirozeně imaginaci samu o sobě. V této imaginaci se formou katatymně imaginativní scény pregnantně zobrazí psychodynamická scéna, a to především vztah symptomu, konfliktu a infantilního

objektního vztahu. Rozvinutí obrazně imaginované symboliky denního snu patrně pomáhá překonávat alexithymní omezení, představuje procvičování ve fantazii.

Dále nelze přeceňovat význam při imaginování spontánně nastupujícího psychofyzického uvolnění, neboť to představuje podpůrnou terapeutickou komponentu, která mnohdy způsobuje okamžitou úlevu symptomu, například bolesti a představuje tak jistě jeden z nejvýznamnějších parametrů v první fázi terapie. Ve svých studiích jsem zjistil, že ústup zánětlivých střevních projevů a frekvence stolice časově koreloval s dosažením psychofyzického uvolnění. Ke zpracování konfliktů pomocí symbolického ztvárnění docházelo později, často také vedlo k recidivám, to ale později.

FENOMÉNY, SE KTERÝMI SE SETKÁVÁME PŘI LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTEK A PACIENTŮ V KIP:

Při prvních pokusech o léčbu psychosomatických pacientů pomocí KIP docházeli různí terapeuti nezávisle na sobě k překvapivému pozorování, že tito pacienti tvrdohlavě setrvali v nekonfliktních, symbiotických a v pozitivním slova smyslu narcisticky zabarvených fantaziích. Dnes toto chování našich pacientů chápeme jako pokus regredovat **před** bolestný konflikt do životních fází chudých na konflikty. Kromě toho bylo úžasné vidět, že se pacientům podařilo rozvinout ve svých imaginacích pro nás terapeuty nečekanou schopnost prožívat a vyjadřovat, a to právě těm pacientům, se kterými zpočátku připadalo těžké navodit dobrý verbální kontakt. Dále bylo působivé, že tělesná úleva nastupovala v době, kdy docházelo k příjemně prožívané regresi. Jedná se tedy o zvláštní formu pozitivně prožívané regrese, během níž zpravidla odeznívají symptomy jako jsou bolesti nebo zánětlivé projevy. V této fázi se doporučují motivy, které vyhovují orálně regresivnímu nastavení našich pacientů a umožňují jim obrazně ztvárnění, např. odpočinek na louce zalité sluncem, pití vody z pramene, koupání v potoce s příjemnou teplotou vody. Klinická zlepšení, která přitom nastupovala, přetrvávala a

my jsme si vytvořili hypotézu, že delším imaginováním nekonfliktních, převážně dobrých a potřeby sytících katatymních obrazů v analytickém přenosu k terapeutovi lze kompenzovat vývojový deficit. Nastavení terapeuta je přitom výlučně projektivní, postup se v mnoha ohledech podobá postupu, jaký volíme u traumatizovaných pacientů a pacientů s velmi slabým Já. Také u nich má smysl nejprve si najít nějaké bezpečné místo, obrazně ho ztvárnit, aby pak odtud později bylo možné pronikat ke konfliktním oblastem. U traumatizovaných hledáme spíše „bezpečné“ místo, u psychosomatických nemocných „příjemné“ místo.

Příklad: pacientka s bronchiálním astmatem prožívala samu sebe uprostřed krásné louky a cítila se dobře. Při podrobnějším pozorování se však začala louka na okrajích drobit, byla stále menší a konečně byla úplně malinkatá. Pacientka náhle ležela na vrcholku kopce uprostřed neskutečné krajiny. Ze stran se přibližovaly nebezpečné postavy. Já - jako terapeut - bych ve smyslu konfrontace se symbolem měl pacientku konfrontovat s těmito postavami, s jejich obličejí a očima. To bych udělal, kdyby pacientka nebyla těžce tělesně nemocná. Takto jsem v téhle rané fázi terapie zvolil - i s ohledem na aktuální intenzivní tělesnou symptomatiku - jinou cestu a ptal se pacientky, zda by bylo možné, aby se na nějaké louce vůči těmto postavám ochránila. Ve skutečnosti pak kolem té louky vyrostla palisáda, tzn. kmeny stromů, které vytvořily ochrannou stěnu, ze které se stala bariéra s dřevy nahoře zašpičatělými, kterou ty hrozící postavy nemohly překonat. Pacientka se cítila bezpečně, pod ochranou, za ohradou ale vnímala hluk, měla čas k soustředění a střádání sil. V následném rozhovoru pacientku napadla situace v nemocnici se spoustou návštěvníků. Bylo jí zřejmé, že se před vetřelci vůbec neumí chránit bez ohledu na to, zda přicházejí se zlou či dobrou vůlí. Ochraňující imaginace byla dále plná odkazů na hluboké konflikty, které jsem s pacientkou mohl později zpracovat

Při obvyklém průběhu zdařilé KIP u psychosomatických pacientů nejprve dochází k fázi narcistické regrese v rámci anaklitického přenosu. U pacientů v této fázi dochází k posílení Já symbiotickým prožíváním, které se v KIP projevuje

fantaziemi splývání, omnipotence, např. jako scény ve vodě při koupání. Terapeut se chová projektivně, užívá princip přiblížení a smíření, dává podporující neverbální signály. Důležitý je pevný hlas, jistá konstantnost přítomnosti a rytmizace. V této fázi zpravidla symptomy našich pacientů odeznívají.

Ve druhé fázi pak dříve či později dochází k mobilizaci konfliktů ambivalence na symbolické rovině. V denním snu se zde vynořují symboly překážky, zábrany, případně také agrese a destrukce. Ty podporují první konfrontující intervence terapeuta, přičemž je třeba velice dbát na to, zda pacient znovu nereaguje tělesnými symptomy. To by vybízelo terapeuta k tomu, aby opět pracovat podporujícím a Ego-posilujícím způsobem. Při zdařilém průběhu terapie je pak ve třetí fázi indikováno opakované propracovávání patogenních konfliktů s nácvikem možných řešení, v této třetí fázi se terapie hodně podobá terapii neurotických pacientů.

Ochraňujícími imaginacemi jsou například kusy louky jako u výše popsané pacientky, které mají ochraňující a blahodárnou funkci v možná nepřátelském světě. V takových imaginacích vidíme méně aspekt obrany konfliktu, jako spíše pokus navázat kontakt s dobrými primárními objekty. Zde nacházíme mnoho paralel k hypnoterapii. Takové psychické regrese s velkou pravděpodobností vedou k hlubokému psychofyzickému uvolnění, během něhož se dech stává pravidelným, svaly se uvolňují, rozprostírá se všeobecná pohoda. V takovém psychofyzickém uvolnění se pak i imaginace více projasňují a jsou emočně bohatší, imaginativní proces získává na hloubce. Rozbíhá se kruhovitý proces posilující sám sebe s obrazy, které se stávají zřetelnějšími, jsou vnímány také ve svém afektivním obsahu a působí i po skončení terapeutické hodiny. Významné je také to, že v této formě jsou prožívány jen v přítomnosti terapeuta, chápeme je jako prožitkové a konativní výkony autonomní povahy v přítomnosti matky (Sachre a Wilke, 1987). Takové imaginace mohou mít též funkci „hojivého prostoru“, do něhož se mohou pacienti utíkat, je-li realita příliš zatěžující.

PROGRESE

Ochabování tělesných symptomů se, jak bylo uvedeno, nejprve váže na realizaci imaginací s ochraňující a relaxační funkcí. Dříve či později však průběh závisí na tom, zda se podaří vyzrávání a vymanění se z této symbioticky zabarvené situace. Regresivní potřeby našich pacientů zpravidla odeznívají po určité době samy od sebe. Nastoupí pak procesy separace a individuace provázené novou úzkost vzbuzující dynamikou nebo také jistým tělesným napětím a možným zhoršením. Na symbolické rovině mohou být mobilizovány konflikty ambivalence, to je ale v každé zdařilé terapii dříve nebo později i nutné. V katatymních obrazech se vynořují na tomto místě symboly překážky, agrese a případně také destrukce. Terapeut by v této fázi měl mírně podporovat progresivní impulsy svého pacienta, na druhé straně by se ale neměl zcela zříkat projektivní role, kterou dosud zastával. Neboť: V těchto prvních okamžicích může docházet k dočasnému přetěžování Self a je dobré, pokud se pacient může vrátit k regresivním obrazům, které se dříve skoro naučil a jejichž imaginování a prožívání bezprostředně mírní napětí. Takové imaginativní postupy pak představují úlevné, pacientem samotným vyvinuté a nacvičené dynamické relaxační vzorce, které působí mimořádně stabilizačně a které- jak již bylo řečeno - mají ústřední význam i v terapii traumatu. Potud jsme svou prací s psychosomatickým pacientem získali spoustu poznatků, které dnes používáme u našich traumatizovaných pacientů. Terapeut se s postupujícím zráním svého pacienta chápe konfrontačních a sebe konfrontačních snah, provází je a zároveň se snaží odhadnout, zda síla Já a také somatická situace u jeho pacienta jsou způsobilé k využívání těchto vnitřních procesů. Tak se zpravidla rozvíjí svérázný fluktuující rytmus mezi regresivně- symbiotickým a progresivním, na konflikt centrovaným zaměřením. V symbiotickém prožívání se pacient připravuje na následné zpracování konfliktu. Neustálé „opečování“ nebo výlučně pasivně podpůrná terapie brání pacientovi v dalším vývoji. Popsaný postup také nelze chápat jako výlučně suportivní, neboť výzva k imaginování je vždy také výzvou k

vývoji a to znamená podněcovat progresi.

K PŘÍSTUPU K AGRESIVNÍM IMPULSŮM U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH

Mnozí pacienti s psychosomatickými poruchami jsou jen v omezené míře schopni otevřené agresivní konfrontace, protože mají veskrze velký strach ze ztráty nebo lásky. Podobně jako depresivní pacienti mají sklon k obrácení agrese dovnitř, proti svému self a svému tělu. Na druhé straně ale každý psychický vývoj potřebuje také agresivní ohraničení od primárních objektů. KIP poskytuje velmi dobrou možnost vývoje schopnosti agresivní konfrontace, které se psychopatičtí pacienti zpravidla obávají. Podobná situace existuje u depresivních pacientů.

Obrazná rovina v průběhu imaginace pod ochranou terapeuta a, což je ještě důležitější, pod ochranou symbolické formy projevení v imaginaci, umožňuje zkusmé agresivní chování. Agresivní impulsy jsou pak zřejmé na imaginovaných objektech a terapeut zpočátku může zůstat v roli ochraňujícího a podporujícího průvodce. Může tak být přinejmenším zčásti prožit vysoký potlačený agresivní potenciál, aniž by agrese musela zasáhnout dosud „dobrého“ terapeuta. Když totiž pacient v průběhu negativního přenosového vývoje cítí, že si svého terapeuta obsadil negativně, ba dokonce ho začíná nenávidět, zpravidla to vyvolává úzkost a je to nutně spojeno s fantazií napadnout dobrý a dosud ochraňující objekt, případně ho zničit. Tento proces je pro pacienty s jáskou slabostí zvláště choulostivý. Imaginovaná konfrontace se špatným objektem pod ochranou terapeuta představuje důležitý mezikrok v průběhu terapie pacienta s útlumem agrese nebo reálně autoagresivně agujícího. To neznámá, že je nutné za každou cenu se vyhnout bezprostřední agresivní konfrontaci s terapeutem, může k ní ale dojít později, když si totiž pacient uvědomí, že agrese není nutně spojena se ztrátou milovného objektu.

SYMPTOM A SYMBOL

Tělesné symptomy mají dvojitou tvář. Na jedné straně jsou projevem přetížení psychických regulačních možností, v případě chronifikace vždy představují patologické fixace. Jsou při tom více či méně výrazem nevědomých, neřešených konfliktů, znamenají odpor proti vhledu a psychickému zrání.

Na druhé straně jsou také jáskými výkony, které umožňují novou rovnováhu na nižší vývojové úrovni. Symptomy tak slouží dočasnému psychickému zajištění self. Symptomy, stejně jako symboly vždy také tlačí na změnu. Poukazují na gradient napětí, který změně napomáhá. Především poslední aspekt lze terapeuticky využít, jestliže je symptom uveden do vztahu s imaginovaným symbolem. Cílem psychoterapie tělesně nemocných tak není jen odstranění symptomu, nýbrž i prohloubené a diferencované porozumění symptomu.

V souvislosti s tímto důležitým aspektem bych Vám chtěl vyprávět jeden příklad: 44letý pacient s chronickou polyartritidou a mnohočetnými bolestivými omezeními hybnosti imaginoval poušť, která se nejdříve zdála být nekonečná. Kdesi v zemi nikoho se vynořila zeď, která získávala na struktuře a náhle před ním stála pevně spojená. Pacient cítil velmi veliké a vzrůstající napětí, které při delším sledování přešlo na mě jako terapeuta a také mne zcela uchvátilo. Pacient dal toto napětí v průběhu imaginace do spojení se svými chronickými bolestmi. Řekl: "Tu zeď to bolí právě tak jako mě pořád, a poněkud později dodal: "Na té zdi jako by ležel obrovský tlak, jako by to byla přehradní stěna, za níž je jezero." Vy vyzval jsem ho, aby se přiblížil k té hradbě z cihel, která před ním čněla do výše. Trhlinami ve zdi prosakovala voda, při jejím doteku pacient pocítoval smutek. Začal plakat - poprvé po dlouhé době.

"Nemyslel jsem si, že by skrz ty tlusté kameny mohlo něco proniknout. Měl jsem strach, že ta zeď neodolá tomu tlaku". Vy zval jsem ho, aby se odebral stranou do bezpečí na návrší. V té chvíli se začala zeď drobit, jako ve zpomaleném filmu se

začala bořit a jezero se vylilo do té pouště v údolí, přes kterou pacient krátce před tím kráčel. Začal nezadržitelně plakat, pak se ale uvolnil. Potom přistoupil k troskám z cihel a začal je zkoumat. V pozdějších imaginacích se pak na to místo stále vracel a přes trosky oné zdi dospěl do zpustlé zahrady, ve které si znovu prožil scény z dětství.

Tento denní sen exemplárně ukazuje jednotu symptomu, bolestivého omezení hybnosti, a symbolu, přehradní zdi, která musí odolávat silnému tlaku a nakonec už nemůže. Když pacient přišel na kliniku nebyl už sto, odolávat tlaku, kterému ho vystavila rodina a povolání: dlouhá léta ztuhnul v nehybnosti, prožíval přitom intenzivní vnitřní napětí, které se proměnilo v bolest, aniž by ji mohl psychicky vyjádřit. To pak bylo poprvé možné až symbolicky v uvedeném denním snu, který znamenal důležitý mezikrok v jeho vývoji.

IMAGINATIVNÍ PROCESY V KIP JAKO PŘEKLAPOVÁ POMOC OD TĚLESNÉHO K ŘEČOVÉMU PROJEVU

Na závěr bych se chtěl pokusit v omezeném prostoru, který jsem měl k dispozici, doložit, proč považuji imaginaci za tak důležitý mezikrok na cestě našich pacientů, kteří nejprve „mlčky somatizují“, ke zralejším pacientům, kteří našli řeč k vyjádření svých afektů. Pomyslete opět na toho pacienta, který prožíval přehradní hráz. V imaginaci přehradní je na jedné straně vztah k symptomu, na druhé straně je ale symbolicky a řečí uchopen a znázorněn také nevědomý konflikt. Na tom to místě je třeba podotknout, že prožitky a vývoje jsou v průběhu imaginace řečí uchopitelné často jen zčásti. Imaginující vždy popisují jen povrch mnohavrstevného procesu prožívání, hluboko zasahujícího do preverbální oblasti. Terapeuti jsou ale také odkázáni na neverbální projevy, jako je mluva těla, mimika, zabarvení hlasu a znaky vegetativního kolísání, které lze pozorovat na těle. Pokud je v tom terapeut školen a připustí si vnímání svých vlastních tělesných pocitů, bude - zejména v mimoslovních momentech - u sebe vnímat onen tělesný pocit a poměrně přesně

naladění, které se latentně vyskytuje u pacienta, případně které podléhá obraně. Zejména u velmi regresivních a narcistických fantazií dospěje řeč na hranice, jednají se o zprostředkování komplexních imaginativních prožitků a jejich tělesných doprovodných fenoménů. V těchto fázích pacienti často dlouho mlčí a - mnohdy teprve mnohem později - začnou váhavě referovat. Řeč se může zvláště změnit a sledování hlasu může být v takových okamžicích důležitější než obsah řečeného. Řeč je ale i v takovýchto vývojových fázích mimořádně důležitá, neboť je nositelkou integrace celkového dění do vědomého vnímání pacienta. Tato integrace tělesného prožívání a odpovídající imaginace do vědomého vnímání pacienta vždy vyžaduje řeč. Proto nemá smysl rozlišovat mezi imaginativními a verbálními i terapiemi, stejně jako je nesmyslné rozlišování tělesných a verbálních terapií, neboť i v tělesných terapiích se přirozeně hovoří. Výzva k imaginování znamená výzvu k vnitřnímu dialogu u pacienta, u něhož jsou vždy aktivovány i verbálně-kognitivní struktury, neboť ty připravují překlad imaginace do jazyka. Těžiště účinnosti naší metody jistě musíme předpokládat také na preverbální rovině, kde lze tvorbu symbolů chápat jako přípravu řeči, poněvadž afekty jsou v této fázi intenzivní a významné. Proces symbolizace včetně pocitů, které k tomu náleží je ale zprostředkováván verbálně, a to ne jako následná zpráva o imaginativním prožitku, nýbrž ve smyslu dialogické výměny či vzájemnosti, která průběh těchto zážitků podněcuje, provází, ohraničuje a na závěr ukončuje. Imaginativní scéna může být prchavá, když se zhustí do slov, nabývá tvaru, je připravená k dialogu a v tomto dialogu trvale zapsaná. Verbální kódování scény je tak velmi důležitým krokem ve vývoji, který formuluje událost a dává jí formu – byť jen dočasnou.

TEORIE

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2/2005)

6.4 FREUD A PAVLOV: NAUKA O ZNACÍCH JAKO CHYBĚJÍCÍ ČLÁNEK

Freudův předpoklad periodicky probíhajících transformací mezibuněčných chemismů na psychicky prožívané návaly znamená, viděno ze sémiotického hlediska, že dochází k **transmutacím** mezibuněčných znaků na znaky psychické, ale že tyto transmutace jsou úspěšně završeny pouze za určitých podmínek. Tyto hypotézy, které *Freud* vyslovil ve svém modelovém konceptu pouze velmi všeobecně, znějí při přeformulování z hlediska znakové teorie nejprve velmi abstraktně a teoreticky. Díky *Pavlovovým* pokusům však byly empiricky potvrzeny a konkretizovány. Toto potvrzení a konkretizace pak mají velký význam pro koncept pudu a utváření psychosomatické teorie.

Proces, který *Pavlov* popsal jako **tvorbu podmíněných reflexů**, je překládáním zpráv z psychického znakového systému do zpráv systému somatických znaků a naopak. Díky tomuto překládání vzniká spojení mezi psychickou a somatickou rovinou, které by bez něho neexistovalo.

Dochází při tom ke „spřahování významů“: Znak, který v těle přenáší zprávu o významu reakce určitého orgánu pro jiné orgány, jsou spřahovány se znaky, které informují organismus o významu procesů v jeho okolí.

Pavlov ukázal, že takovéto spřahování významů či překládání je úspěšně realizováno pouze „periodicky“, to znamená v situacích, v nichž jsou splněny určité podmínky, a dále, že životnost takovýchto spojů závisí na těchto podmínkách. Ve známém příkladu začali jeho pokusní psi vylučovat sliny a žaludeční šťávy, jakmile zaslechli zvuky, které způsoboval zaměstnanec laboratoře ve vedlejší místnosti při přípravě krmiva. K tomuto vylučování docházelo doposud pouze během krmení, kdy byly chuťové, pachové a kontaktní stimuly překládány dle vrozeného kódu (jako „nepodmíněný reflex“) na nervové znaky pro aktivaci slinných a žaludečních žláz. Nyní byly s nervovými znaky spřahnuty doposud neutrální akustické fenomény, „akustický šum“, coby znaky pro procesy o významu v okolí. K těmto spojům však došlo pouze tehdy, pokud byli psi zdraví a hladoví. U nemocných nebo nasycených psů se toto ovlivnění nedostavilo. Tyto pokusy ukazují dvojí:

- *Freudem* předpokládaná periodicitu spočívá na „organické vstřícnosti“ nebo „zranitelné fázi“ coby podmínce pro úspěšnou realizaci takovýchto spojů nebo transmutací. Jinak řečeno: Musí být přítomné odpovídající „naladění“.
- Nesmíme počítat pouze s jednou schematickou fyziologií platnou pro všechna individua. Existují individuální fyziologie pro určité orgány a funkce (*Adler a Th. von Uexküll* 1987). Slinné a žaludeční žlázy *Pavlovových* psů měly od okamžiku vzniku transmutací jinou fyziologii než slinné a žaludeční žlázy psů, kteří nebyli transmutacemi ovlivněni. Individuálním fyziologiím je možné rozumět pouze biograficky, to znamená pouze na základě příběhu, který informuje o situacích, v nichž ke spřažení významů došlo nebo nedošlo. **Dnes víme, že také imunitní**

system patří k orgánům, které mají individuální fyziologii pochopitelnou pouze biograficky (viz. kapitola 10 „Psychofyziologie“).

Takovéto překlady (transmutace) nebo spřáhování významů dosahují dvojího:

- Udělují předtím neurálnímu, to znamená pro organismus neexistujícímu výřezu okolí význam psychicky prožívaných znaků pro řízení chování, a rozšiřují tak subjektivní prostředí.
- Vytvářejí souvislost mezi výřezem okolí, které je prožíváno jako „významné“ a určitými orgány. Tato souvislost umožňuje „sestupné a vzestupné efekty“ (Medawar a Medawar 1977, Popper 1982) mezi různými systémovými rovinami. Pro tyto sestupné a vzestupné efekty můžeme vytvořit následující schéma (obrázek 1-6).

Obrázek 1-6 Vzestupné a sestupné efekty mezi procesy, které se odehrávají na různých systémových rovinách (Adler a Th. von Uexküll 1987).

Sestupné efekty	Systémová roviná	Vzestupné efekty
------------------------	-------------------------	-------------------------

účelem popisu fenoménů jejich integrační roviny, by odpovídaly přibližně transmutacím, s jejichž pomocí dochází k překládání neverbálních znakových procesů různých integračních rovin do fonetických jazyků. Dle našich dnešních představ zprostředkovávají znaky genetického kódu na rovině buněk výměnu informací mezi prvky buňky.

„Informace není pouze transkribována a překládána, nýbrž se s ní nakládá jako s pokynem, pokud chcete, můžete použít módní žargon, a pak se s ní bude nakládat jako s „algoritmem“. DNA vytváří RNA a RNA vytváří protein a protein pak dělá něco se svým okolím, co se projeví různorodější produkcí molekul, než jaká byla předtím“ (Waddington 1968).

Na rovině organismu zprostředkovávají hormony a nervové akční proudy výměnu informací mezi orgány; a na další komplexnější rovině zprostředkovávají psychické procesy spojení mezi organismem a okolím. Problém, jak si máme představit spoje mezi těmito různými rovinami, je možné z hlediska systémové teorie formulovat jako otázku, jak dochází k **vzestupným a sestupným efektům** v rámci hierarchického systému (Propper 1977). Tuto otázku pak lze zodpovědět předpokladem, že znakové systémy různých rovin jsou propojené překlady popř. transmutacemi.

V rámci takového úhlu pohledu je tak zvaný psychicko fyzický problém pouze jednou z mnoha otázek.

Tyto souvislosti poskytují praktickému lékaři objasnění a orientaci v jeho každodenní práci, a to také v problému, který nám vyvstal z příběhu pacientky vyličeného v úvodu této knihy: Somatické znakové systémy endokrinního a nervového druhu, které regulují funkce srdce, krevního oběhu i plic pacientky, jsou spřáhnuty

s psychickými znakovými systémy, které informují pacientku o – pro ni vitálních – aspektech jejího prostředí. Manžel a syn jsou nositelé významu, to znamená, že zprostředkovávají zprávy, které rozhodují o tom, jaký význam má prostředí pro pacientku a jaké somatické aktivace orgánů jsou v danou chvíli zapotřebí. Ke spřažení významů, v nichž mají důvěrné osoby takovou důležitost, dochází zpravidla již v ranném dětství. Viděno z psychoanalytického hlediska se jedná o přenosy pocitů, které původně náležely matce nebo otci, na jiné osoby.

6.5 UNIVERZÁLNÍ KATEGORIE JAKO VÝVOJOVÝ MODEL

Nyní se pokusíme shrnout ony různé vývojové kroky počínaje regulačním obvodem, přes funkční obvod a situačním obvodem konče do jednoho modelu, který je na pozadí univerzálních kategorií vyvinutých *Peircem* uspořádá do určitého druhu **sémiotických univerzálních kategorií**.

Podle *Deacona* (1997) je možné chápat fylogenetický vývoj všech živočichů včetně člověka jako příběh výskytu nejprve ikonických, a poté indexových znaků v přírodě. Rovinu symbolických znaků, v níž jsou obě předchozí třídy znaků integrovány, dosáhl v celé přírodě pouze člověk.

Příběh fylogenetického dorůstání znakových tříd v průběhu jednotlivých epoch na zemi nás nabádá k tomu, abychom vytvořili analogický model pro ontogenezi, především ale pro vývojovou psychologii člověka. Dle tohoto modelu je možné popsat náš kognitivní vývoj jako nabývání stále komplexnějších programů pro konstruování vhodných prostředí.

Tento vývoj začíná regulačním obvodem coby programem pro konstruování „ikonických prostředí“ s „hodnotami, kterých má být dosaženo“ coby interpretanty. „Symbiotický funkční obvod“ coby konstrukční pravidlo pro jednotku „matka-dítě“ je možné chápat jako dva regulační obvody, které do sebe zapadají podobně jako ozubená kola.

Přistoupení indexových znaků pak uspořádává raná ikonická prostředí podle modelu funkčního obvodu do prostorových a kauzálních souvislostí. Konstrukce individuálních skutečností dle modelu „situačního obvodu“ se člověku daří teprve poté, co získal představivost a symbolické znaky jazyka.

Z tohoto hlediska je možné nejranější fázi lidského života vykládat jako schopnost konstruovat pomocí ikonických znakových procesů primitivní prostředí, která na počátku připomínají spíše ještě „obytné schránky“.

M. Balint kritizuje psychoanalytickou terminologii, která pro popis rané fáze lidského vývoje používá pouze orální fenomény a opomíjí rozšiřovat naše porozumění těmto velmi primitivním fenoménům zkušenostmi z jiných oblastí. Ve svém článku „*Friendly experiences and horrid empty spaces*“ – *Radostné zkušenosti a strašlivě prázdné prostory* (*Balint 1955*) popisuje fenomény, jejichž ikonický znakový charakter je velmi působivý:

„Pocit tepla, rytmické šumy a pohyby, tlumený, nedefinovatelný bzukot, neodolatelné a mohutné působení chuti a pachu, blízkého tělesného kontaktu, taktilních a svaly vyvolávaných pocitů, zvláště v rukách a nepopíratelná síla těchto smyslových vjemů, a to každého zvlášť i všech dohromady, coby aspektů, jež vyvolávají i tlumí pocity strachu a podezření, radostné spokojenosti i

strašlivé, zoufalé samoty.“

Winnicott (1973) mluví o této periodě jako o fázi raného „**omnipotenčního prožívání**“, v němž prostředí ještě naplňuje veškeré potřeby dítěte. Spatřuje v této fázi předpoklad pro rozvinutí zdravé autonomie, ale také nebezpečí chybného vývoje ve smyslu „falešného já“. Zdůrazňuje důležitost citlivého dávkování frustrací, o nichž se matka domnívá, že je dítě již může zvládnout. Matka tak umožňuje dítěti, aby se učilo „prostředí neposkytující uspokojení“ proměňovat vlastní aktivitou na „dokonalé prostředí“. Tímto způsobem dítěti napomáhá rozšiřovat jeho ikonické prostředí indexovými znakovými procesy. Podle *Sterna* (1992) tato fáze začíná po čtvrtém měsíci života s narůstajícím rozvojem samovolné motoriky. Dítě se při tom učí prožívat „sebe sama jako příčinu změn“ ve svém prostředí, které je tak členěno také prostorově a kauzálně dle příčin a důsledků.

Tato zkušenost je předpokladem pro „**soběstačné prožívání**“ dítěte, které modifikuje jeho schopnost zdravého „**autonomního prožívání**“ jako reminiscenci jeho raných omnipotenčních fantazií. Selhání raného omnipotenčního prožívání může vést k nutkavým poruchám, které se projevují v potřebě všechno kontrolovat. V případě zdravého vývoje může nyní dítě z „poruch sladřování“ konstruovat zatížení, která útočí kauzálně mechanicky a která mohou být odražena dle téhož receptu.

Symbolický systém jazykových znaků, který je vyhrazen pouze člověku, se začíná vyvíjet teprve po 16. až 18. měsíci života, a to společně se vznikem představivosti coby předpokladem pro neměnnost objektů. *Piaget* (1975) mluví v této souvislosti o „kopernikovském obratu“, při kterém dítě svůj dosavadní svět „zcela převrátí“ a

organizuje jej jako svět představ, ve kterém mohou nepřítomné objekty zůstat přítomny a ve kterém se také vlastní tělo stává objektem vedle jiných objektů světa dítěte.

Zdravý vývoj vede k životu a prožívání, v němž můžeme disponovat používáním veškerých tříd znaků a jejich kombinací. Je možné to ilustrovat na příkladu tělesného prožívání: *Plessner* (1976) poukázal na to, že své tělo prožíváme ve dvou dimenzích: jako tělo, kterým „jsme“ a které nemůžeme nikdy během svého života opustit, a jako tělo, které „máme“ jako objekt – podobně jako jiné objekty naší skutečnosti, kterým můžeme manipulovat, jehož ošetření však můžeme delegovat také na lékaře. U pacientů trpících sebepoškozováním je integrace obou forem tělesného prožívání dalekosáhle poškozena.

Ale také zdravý člověk, který integruje své „**tělem být**“ a „**tělo mít**“ v symbolickém prožívání, je stále ještě konfrontován s následující ambivalencí: „být tělem“ představuje „uzavřený“ systém, který je přístupný pouze danému jedinci a jeho prožívání. Tento uzavřený systém ale současně vytváří systém „otevřený“ coby „tělo mít“, který může např. chirurg otevřít. V tomto ambivalentním prožívání spočívají hluboko sahající kořeny představ o psychofyzickém dualismu s jeho matoucí paradoxí jednoho prostorově a jednoho sémioticky definovaného „vnitřku“ a „vnějšku“: a sice vnitřku aparátu, který může být mechanicky otevřen, a vnitřku tajemství, které je přístupné pouze prostřednictvím kódu.

Pro medicínu je znalost těchto souvislostí nepostradatelná nejenom jako objasnění kořenů jejího dualismu z hlediska teorie poznání, nýbrž také jako základ pro nosologii „poruch sladřování“. Na pozadí vývojového modelu univerzálních kategorií tedy chápeme, že prožívání „tělo mít“ není žádnou daností, nýbrž konstrukcí, jež musí

být integrována prožíváním „tělem být“; tato integrace se při poruchách vývoje nemusí zdařit, ale může se také ztratit v průběhu nemoci. *Plassmann* (2001) vypracoval na pozadí tohoto vývojového modelu nosologii, která při poruchách slaďování konstatuje „úbytek“ nebo „hypertrofii“ různých znakových tříd: Úbytek znakových tříd může vést k deficitům ve vnímání, myšlení nebo komunikování pacientů; hypertrofie jedné třídy znaků pak jde ruku v ruce s ochuzením znaků jiných. Příkladem jsou somatizace coby projev hypertrofie ikonických znaků, jež je důsledkem poruch slaďování způsobených chybějící zpětnou vazbou na verbálně symbolické integrační rovině. Také pacienty trpící obsesemi, které jsou důsledkem poruchy vývoje autonomie a projevují se hypertrofií indexových znaků, je možné zařadit jako příklady do této nosologie.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena.

Negativní představy a postoje ve vztahu k antidepresivní léčbě mohou u mnoha mladých lidí vyvolat neochotu přistoupit na to, že mají depresi, a že by se pro tuto poruchu měli léčit. Autoři provedli studii, která byla zaměřena na zjištění vztahů mezi závažností depresivních symptomů, představami o léčbě a postoji k ní, subjektivními sociálními normami, chováním v minulosti a úmyslem nepřijmout diagnózu deprese.

Autoři vyšetřili celkem 10 962 osob ve věku mezi 19 a 26 roky, které vykázaly pozitivní výsledky v internetovém screeningovém projektu pořádaném

Centrem pro epidemiologické studie zaměřeném na podchycení deprese. 26 % účastníků prohlásilo, že by nepřijali diagnózu deprese, kterou by stanovil kvalifikovaný lékař. Na základě teorie odůvodněných aktivit vypracovali autoři multivariační model faktorů, které obecně povedou k tendenci nepřijmout diagnózu deprese. Jsou to s uvedením míry relativního rizika následující názory:

- ✓ Nesouhlas s názorem, že antidepressiva jsou účinnými farmaky při léčení deprese (při silně vyjádřeném nesouhlasu = strongly disagree je relativní riziko – dále RR – odmítnutí diagnózy deprese 6,5 při 95% intervalu spolehlivosti – dále IS – 4,6-9,3).
- ✓ Nesouhlas s názorem, že deprese má také svou biologickou příčinu (silně vyjádřený nesouhlas: RR = 1,9, 95% IS = 1,3-2,7).
- ✓ Souhlas s názorem, že by dotazovaného přivedlo do rozpaků a/nebo do neshody, kdyby jeho přátelé věděli, že trpí depresí (při silně vyjádřeném souhlasu je RR = 2,3, 95% IS = 1,8-2,9).

Osobní přesvědčení a postoje, subjektivní sociální normy a chování jedince v minulosti vysvětlují většinu proměnných (84 %) tohoto modelu. Autoři proto uzavírají, že tyto faktory spolu se špatnou minulou zkušeností s léčbou se pojí s tendencí nepřijmout diagnózu deprese. Domnívají se také, že tato tendence může přispívat ke skutečnosti, že deprese mezi mladými lidmi je nedostatečně léčena.

Zdroj: Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, et al.: Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):38-46

R.Honzák

Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS

Deprese je prokázaným rizikovým faktorem pro již se vyskytující ICHD a predikuje špatnou prognózu nemocných po IM. Nicméně zatím bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly míru rizika deprese pro pozdější rozvoj ICHS. Autoři sledovali randomizovaný vzorek 1302 osob stratifikovaný podle věku, pohlaví v náhodně uspořádané populační zdravotní studii. Všichni účastníci byli 45letí a starší, bez příznaků ICHS na počátku studie a vyplnili validizovanou epidemiologickou škálu deprese CES-D. Jako kovariační proměnné byly sledovány ještě tyto faktory: věk, pohlaví, BMI, stupeň tělesné aktivity, rodinná anamnéza předčasné ICHS, diastolický TK, lipidy, kouření, alkohol, diabetes a úroveň vzdělání. Během čtyřletého sledování byly podchyceny všechny hospitalizace pro IM a úmrtí ve vztahu k ICHS.

VÝSLEDKY: Celkem 52 osob prodělalo příhodu ICHS. Jedna standardní odchylka v CES-D ve směru plus byla spojena s relativním rizikem 1,32 (CI 1,01-1,71) ischemické příhody, a to i při sledování všech dalších rizikových faktorů ICHS. Autoři uzavírají, že existuje nezávislý gradientní vztah mezi depresí a incidencí ICHS, který prokázali ve čtyřleté populační studii.

Zdroj: Roman PJ, Haas D, Campbell JA, et al.: Depressive symptoms have an independent, gradient risk for coronary heart disease incidence in a random, population-based sample. Ann Epidemiol. 2005 Apr;15(4):316-320

-rh-

RECENZCE

Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy.

(Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6)

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lúšteniu záhady. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť natoľko frustrovaní pri konfrontácii s funkčnými syndrómami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brat' pacientov s funkčnými syndrómami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. BLEULER delil lekárov na psychofilných – zaujímavých sa o duševný život pacienta, zážitkovo- biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génov, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zástancovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétne nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie

kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2-3 rokoch života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ nebol informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. - Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócia majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej“ forme, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (= emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému spracovaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, akoby to lapidárne formuloval S. FREUD.

Na záver ešte jedno pranie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutia“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R.H.) celé desaťročia nezištne osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto, psychiater a psychoterapeut, Trenčín, 06.03.2005

Stanley Keleman: Anatomie emocí.

(Portál 2005, z anglického originálu *Emotional Anatomy*, Center Press, Berkley, 1985, přeložil MUDr. Jan Lorenc)

V posledních letech se na našem knižním trhu objevuje přeci jen trochu více publikací, které se věnují psychosomatice. Nepochybně je to dáno velkou mezerou, která vznikla pečlivou ideologickou filtrací škodlivých myšlenkových proudů z „prohnilého“ Západu. Nejspíš také proto převažují překlady zahraničních autorů nad původní domácí tvorbou. Zaplňování této mezery může ještě dlouho trvat a hodně bude záležet na výběru nakladatelů, jak bude naše odborná i laická veřejnost formována. Zatímco ke studiu psychoterapie tak říkájíc na slovo orientované máme již z čeho vybírat, zůstává oblast na tělo zaměřené psychoterapie vycházející vesměs z původního díla Wilhelma Reicha, žáka S.Freuda, stále zanedbávaná, ačkoli je pro práci s psychosomatickým pacientem mnohem vhodnější. Na skvělý překlad Reichovy knihy *Funkce orgasmu* vydanou v Concordii v r. 1993 a na významnou *Bioenergetiku* přímého Reichova žáka Alexandera Lowena vydanou Portálem v r.2002, navazuje nyní týž nakladatelský dům překladem jedné z knih současného kalifornského terapeuta Stanley Kelemana **Anatomie emocí**, kterou vydal poprvé v Berkeley v r. 1985, kde je ředitelem svého Center for Energetics studies. V této knize nabízí esenci své tzv. **formativní psychologie**. (jiné autorovy knihy: *Human Ground / Sexuality, Self and Survival*, 1971; *Living Your Dying*, 1974; *Myth & Body*, 1974; *Somatic Reality*, 1979; *Embodying Experience*, 1987; *Your Body Speaks its Mind*, *Patterns of Distress*, 1989; *Love: A Somatic View*, 1994; *Bonding*, 1996)

Práci s tělem se autor věnuje jako terapeut více než třicet let a i když zřetelně navazuje na Reichovu charakteranalýzu, nikde se k ní v celé knize, ale ani na svých internetových stránkách nehlásí, takže na neznalého čtenáře může působit dojmem zakladatele či objevitele nového směru v léčbě. Těžko se však mohl vyhnout

tomuto zdroji během svých studií v prostředí, které Reich svými myšlenkami nepochybně ovlivnil. Pro čtenáře, který zná původní práci rakouského lékaře Wilhelma Reicha (1897- 1956), může být Anatomie emocí snadnější četbou. Zatímco Reich nás jako pozitivistický vědec nechává krok po kroku nahlédnout do svých úvah nad klinickými zkušenostmi, které ho vedly od psychoanalýzy k charakteroanalýze, Keleman jako by máchal štětcem, klade před čtenáře svůj obraz člověka složený ze všeho, co kde našel- typický postmoderní tvůrce. To podstatné mají oba společné: pokus zachytit organismus jako celek, kterému se životní události vtisknou do tělesné struktury. Pochopení života jako sebeorganizujícího se pulzujícího procesu, kde rozlišení na psychické a somatické jevy je jen pomůckou pozorovatele, který se snaží ve složité skutečnosti vyznat.

Sám název „Anatomie emocí“ je paradoxní. Jako by bylo možné anatomické metodologie, exaktního popisu těl zbavených života, použít k popisu něčeho tak bytostně živého, jako jsou emoce. To může vzbudit zvědavost stejně tak jako apriorní ostražitost. Jistěže emoce jako hněv, žal, zármutek, ale i radost mají svůj fyziologický korelát, který lze popsat v jazyku normální případně patologické fyziologie. Kelemanovi, stejně jako před ním Reichovi, nebo i německému lékaři W.Smidtovi nejde jen o prchavé projevy organismu při prožívání, ale o ztělesnění chronických emočních stavů a konfliktů do tělesných tvarů. „Anatomie je osudem, pokud představuje somatický proces“, parafrázuje Keleman Freudův výrok. A dále: „Anatomie se ve skutečnosti zabývá dynamickým životním procesem- tajemstvím a zasvěcením, tvarem zkušenosti, který umožňuje vznik cítění, myšlení a jednání. Je o nás samotných jako o vnímajících formách.“ Pro názornost svých představ používá autor obrázky, které ještě zesilují dojem učebnice anatomie, i když na nich chce přiblížit dynamiku tělesných změn při emočním prožívání. Oba světy- tělesný korelát i pulsující živé procesy od buněčné až po sociální úroveň se tak nutně setkávají v jednom textu, což může způsobovat nepříjemné paradoxy. Na jednu stranu je kniha plná pojmů z mechaniky: trubice, dutiny, měchy, vrstvy, komory, stěny a prostory, pumpy, tlaky, pulsační vzorce, pohonné látky, čištění tekutin,

kondenzování, dokonce polarizování elektrického náboje v krvi. Na druhou stranu autor bohatě využívá metafor a příměrů, jako když říká, že „každá buňka je svým způsobem sama o sobě mozem.“ Tak se čtenář může někdy až leknout, když se dozvídá, že povrchová vrstva „myslí“ v pojmech světla, svalová v pojmech natahování, tlaku, zhuštění a rytmu, nebo když zjistí, že „hormony jsou jednou z forem vody a tvoří základ chování v živočišném světě“, či jinde když se dozví, že „protoplasma vlastní viskositou vytváří membrány a trubice, aby v nich mohla sama proudit.“ Tyto hyperboly a víceméně básnické obraty může každý anatom nebo biolog podrobit kritice, bylo by však škoda, kdyby zrovna jeho odradily od další četby. Prostor setkávání duševních procesů s materiálním substrátem těla totiž vzdoruje jednoduchému popisu. Jednou z možností jak se takového úkolu zhostit, je použití spíše básnického načrtávání obrazů, než výčet nespočítatelných detailů živé skutečnosti. Zjednodušení a zhuštění, kterých se autor dopouští, jsou patrně nezbytná k zachycení celku.

Keleman se pokusil v šesti kapitolách (1. Stvoření, 2. Tělesný plán, 3. Poškození, které formuje, 4. Vzorce somatického distresu, 5. Somatická realita a 6. Somatické interakce) vyložit, jaký vliv mají emoce na tělesnou schránku, jak se do ní obtisknou a jak je lze z držení těla také dešifrovat. Kapitoly mají rozdílný rozsah. Po krátkém úvodu se v kapitole o stvoření, ve které se autor hlásí k pojetí organismu jako sebeorganizujícího se systému, vypořádá ve vší stručnosti s embryologií i vývojovou psychologií. V Tělesném plánu silnými tahy vykresluje stavbu těla jako soustavu dutin a trubic, a charakterizuje funkci základních orgánů. Ve třetí kapitole vysvětluje, k jakým změnám dochází při reakci organismu na příliš silný podnět. Vlastní typologie je obsažena ve čtvrté kapitole. Zde autor bez nároku na úplnost ukazuje, jak somatické typy vznikají, jaké mají důsledky pro svalový tonus, pro dýchání i pro ostatní tělesné funkce. Cenné jsou úvahy o terapeutických možnostech, léčebných strategiích, které mohou být zajímavé nejen pro tělově orientované psychoterapeuty, ale i pro rehabilitační pracovníky. Na poslední dvě kapitoly zbývá jen několik málo stránek, jako by nebyly dopsány.

Přípravenému čtenáři, který se nesetkává s tělovou terapií poprvé, se bude tato kniha hodit, může si ji zařadit do, u nás zatím chudé, mozaiky nejrůznějších ve světě existujících prací na toto téma. Lékařům, kteří se s touto problematikou setkají poprvé, bych doporučil velkorysost a dostatek času na čtení, které vyžaduje přijetí poněkud odlišného paradigmatu, než na jaké jsou ze svého studia zvyklí. Portálu bych přál šťastnou ruku při výběru podstatných prací ze světové literatury věnující se psychosomatice, protože jen několik našich nakladatelství nyní nese tíhu odpovědnosti za formování odborné veřejnosti, když je jen málo domácích kapacit, o které by bylo možno se v této věci opírat.

V Liberci 16.6.2005

R.Honzák, B.Seifert, et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře

Mohlo by se zdát, že vydávat knihu o úzkostném pacientovi je v záplavě nejrůznějších příruček a překladů odborné literatury z celého světa zbytečné. Co může být na úzkosti tak nového nebo důležitého, aby se jí věnovala celá kniha? Možná je pro laiky úzkost synonymem nestatečnosti či slabosti, existují však jasné ekonomické důvody, proč se jí věnovat. Americké zdravotně ekonomické organizace spočítaly, že výdaje na léčbu úzkostných poruch činí v USA ročně více než 42 miliard USD. Jedna třetina všech výdajů pro tyto pacienty je utracena jen proto, že porucha nebyla včas diagnostikována a léčena, jak uvádí Honzák. Při naprostém deficitu psychosociálního vzdělání našich lékařů a při nedostatečném povědomí o psychosomatické medicíně se právě úzkostná porucha může stát nejbezpečnějším mostem mezi biologickými znalostmi a pochopením pro psychologické a sociální aspekty nemoci. Vliv úzkosti na tělesné pochody patří totiž k nejlépe prozkoumaným a dokumentovaným jevům v jinak těžko pochopitelné oblasti vztahů duše a těla. Od průkopnických prací Piera Janetta, který sledoval ve

své laboratoři vliv emocí na dech a svalový tonus už na konci 19.století, je dnes prozkoumán vliv úzkosti na mnoha dalších úrovních řízení organismu. Recenzovaná kniha podává nejen přehled o současných znalostech v této oblasti, navíc brilantním způsobem ukazuje, jak s pacientem s úzkostnou poruchou v běžné praxi pracovat. Svědectví je o to cennější, že Honzák není jen somatický lékař, ale také psychoterapeut znalý transakční analýzy. Tato kombinace obohacuje pohled na nemocného a jeho situaci. Na rozdíl od psychoterapeutů z řad psychologů, si ponechává Honzák autoritativní pojetí lékařské role a nehodlá o tom smlouvat. V jeho případě jde však o bodrou autoritu, která čtenáře nenechává na pochybách o lékařově mimořádném *respektu* k odlišnosti pacientových hodnot. V psychoterapii, především rodinné narativní terapii, se postupně vyvinulo neexpertní chápání terapeutovy role. To je sice velmi užitečné při práci s chronickou nemocí v rodině, ale úzkostný pacient, jak dobře dokládají autoři na řadě příkladů, potřebuje pomoc okamžitě a chce, aby lékař *věděl*, aby byl autoritou a expertem. O to složitější je předávání odpovědnosti za celkové vyléčení do rukou pacienta.

Málo kde v medicíně jak tak vhodná kombinace farmakoterapie s psychoterapií jako u úzkostné či depresivní poruchy. Tak jako lékaři obvykle podceňují možnosti psychoterapie, psychoterapeuti nezřídka podceňují možnosti a význam farmakoterapie. Teprve jejich dobrá kombinace přináší pacientovi největší prospěch. Kromě úplného přehledu všech fobií včetně naprostých kuriozit, kromě podrobného popisu diagnostických kritérií úzkostné poruchy a dalších souvisejících diagnos podle DSM-IV či KMN-10, v knize čtenář najde také přehledný návod farmakoterapie podle diagnostických skupin s velmi užitečnými poznámkami zkušeného praktika. V kapitole věnované možnostem psychoterapie zdůrazňují autoři význam psychoterapeutického vztahu, fenoménu který spojuje řadu terapeutických přístupů. V současném skoro nepřehledném množství psychoterapeutických škol bychom sotva mohli trvat na tom, aby tato kapitola byla vyčerpávající. Obvykle se považuje za nejpoužívanější či nejvíce publikovanou psychoterapeutickou metodu v této oblasti kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Honzák její význam nijak nesnižuje ani nevynáší, sám vyznává transakční analýzu a její východiska i praktické možnosti dobře popisuje. Ta se také jeví pro pochopení složitých interakcí v sociálním poli pacienta pro praktiky jako velmi užitečná. Navíc z principu zahrnuje do zorného pole kromě samotného pacienta také jeho nejbližší sociální okolí, což může být první krok k pochopení psychosomatických symptomů jako projevů celého rodinného systému na rozdíl od příliš zjednodušujícího KBT.

Nevím, jak se na textu knihy podíleli jednotliví autoři, ale rukopis Radkina Honzáka nelze přehlédnout. Radkin je sběratelem životních příběhů a skutečných kuriozit. Především na nich osvědčuje svou vynikající paměť. Je vypravěčem hodným toho jména, skutečným pábitem Hrabalovských rozměrů v bílém plášti. Kniha je plná historek z lékařské a psychoterapeutické praxe, z osobního života i z literatury. Příběhy a citace zde nejsou jen pro pobavení čtenáře, autor směle propojuje všechny světy tak, aby sloužily výkladu. Tak se snadno dostane od veverka k veverkofobii a odtud je přece jen krůček k bratrancům Veverkovým. Jeho literární odkazy se pohybují od komentářů k aktuálním vědeckým studiím, přes Goethova Fausta k Sadově Justině až k rodokapsům a citacím přátel z dětství. Kdo nezná Honzáka osobně, mohl by se tu a tam urazit, to když bude brát jeho mírně nadnesené až sarkastické výroky vážně, jeho třeba jeho zásadní používání pojmu „protimanželská poradna“. Avšak právě tento osobitý styl dělá z knihy zábavnou a čtivou literaturu, která má tu výhodu, že se při její četbě také něčemu velmi užitečnému naučíme.

Zcela jiného druhu je poslední kapitola, kam autoři zařadili kasuistiku napsanou přímo pacientkou. Takováto spolupráce s pacienty při různých odborných příležitostech a publikacích patří také k Honzákově stylu, třeba v jeho dlouholeté práci s dialyzovanými pacienty. Všechny naše odborné výklady jsou ve skutečnosti zjednodušující a teprve přímé svědectví o životě s panickou poruchou může ukázat, v jak složité situaci se nachází pacient, jehož život ovládla úzkost. Jak obtížné je se ze stavu nemoci dostat i při nejlepší vůli a spolupráci s lékaři. Knihu

všem lékařům vřele doporučuji. Mohou ji užít nejen pro sebe ale také nabídnout svým pacientům.

MUDr.V.Chvála V Liberci 7.7.2005

NABÍDKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH POBYTŮ

Denní stacionář a oddělení 12

Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě

Rozkošská ulice 2322, PSČ 580 23, Telefon 569478 111

V Havlíčkově Brodě dne 13. 9. 2005

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2005/2006:

Název programu	Od	Do
Uzavřený program „N“	12.9.2005	21.10.2005
	7.11. 2005	16.12.2005
	9.1.2006	17.2.2006
	6.3.2006	14.4.2006
	2.5.2006	9.6.2006
Uzavřený program „D“	17.10.2005	24.11.2005
	9.1.2006	16.2.2006
	13.3.2006	20.4.2006
	15.5.2006	22.6.2006
Uzavřený program „eSko“	5.9.2005	14.10.2005
	31.10.2005	9.12.2005
	16.1.2006	24.2.2006
	27.3.2006	5.5.2006

1) Uzavřený program "N": Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

Kontaktní osoba (terapeut): Prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: psuchomel@plhb.cz tel.569478282, ev.569478281-záznamník

2) Uzavřený program "D" pro pacienty s **depresivní symptomatikou**. Diagnosticky se jedná především o pacienty s lehkou až střední depresivní epizodou (též v rámci rekurentní depresivní poruchy či bipolární afektivní poruchy), úzkostně depresivní poruchou, dysthymií a poruchou přizpůsobení s depresivní reakcí.

Ve skupině je 6 až 8 pacientů s podobnými obtížemi. Ti se schází čtyřikrát týdně na *psychoterapeutických sezeních* s lékařem a terapeutkou. Při terapii (ve stylu Gestalt terapie) se pacienti zabývají především emočním prožitkem sebe sama a svých současných obtíží osobním životě a v mezilidských vztazích, nacházejí cestu k pozitivnějšímu sebepojetí. Součástí programu je *muzikoterapie, arteterapie, plavání v bazénu, skupinové aktivity, pracovní terapie, cvičení jógy a nácvik asertivity*. Využívá se kombinované léčby psychoterapeutické a farmakologické.

Kontaktní osoba (terapeut): MUDr. Jan Roubal
Tel. 569478287 nebo email: jroubal@plhb.cz

3) Uzavřený program "eSko": *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě. Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masážemi, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoby: Mgr. Tomáš Chalupa, MUDr Milan Drozd
tel. 569478 389 nebo 569478 386, email:tchalupa@plhb.cz

Ve všech programech jsou **kontraindikovány** mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů docházet i ambulantně. Ostatní jsou během programu hospitalizováni. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď telefonicky na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou stručného parere s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území!**

Další informace pro Vás i pacienty na internetu: www.plhb.cz,

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211 a Vojenská pojišťovna č. 201/zde se to týká ambulantně docházejících/, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (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: 140, 89,90,139/ 138,91,92,137/ 136,93,94,135/ 134,95,96,133/ 132,97,98,131/ 130,99,100,129/ 128,101,102,127/ 126,103,104,125/ 124,105,106,123/ 122,107,108,121/120,109,110,119/ 118,111,112,117/ 116,113,114,115 Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na 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.**