

ČÍSLO
2

PSYCH@SOM

VYDÁVÁ PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ
SPOLEČNOSTI PRO SVOU POTŘEBU

ROČNÍK
2003

OBSAH:

EDITORIAL 3

POTŘEBUJEME ODBORNÝ ČASOPIS?3

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 4

POKRAČOVÁNÍ KURZU IPVZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE 4

PSYCHOSOMATICKÉ DISPUTACE 3 5

POZVÁNKA NA SLOVENSKO 5

DOBŘÁ ZPRÁVA 6

ZÁKLADNÍ VÝCVIK V PSYCHOTERAPII ZAMĚŘENÉ NA TĚLO 6

ZKUŠENOSTI Z PRACOVIŠŤ 7

NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČBOU PSYCHO-SOMATICKÝCH PACIENTŮ V LETECH
1997-2002 7

TÝM A JEHO JAZYK 14

KAZUISTIKY 17

ČTYŘIAČTYŘICETILETÝ PŘÍBĚH JEDNÉ MIGRÉNY 17

HISTORIE OBORU 21

NEMOCÍ JSOU STOVKY, PACIENT JE VŽDY JEN JEDEN; ZABRAŇME JEHO
FRAGMENTARIZACI.21

SOUČASNÉ TRENDY 25

SOMATO- PSYCHICKÝ PROBLÉM 25

PRIHLÁŠKA33

Redakční rada: MUDr.Chvála Vladislav, PhDr.Trapková
Ludmila, Mgr.Petr Moos, Mgr.Jan Knop

Redakce: Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch
Liberec a Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec,
Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398
e-mail: chvala@sktlib.cz . Psych@Som je ke stažení na elektronické
adrese www.sktlib.cz/psychosomatika

Potřebujeme odborný časopis?

Chvála, V.

Druhé číslo bulletinu Psychosom, který začala vydávat pro své potřeby skupina zdravotníků zajímajících se o psycho-somatické integrace v medicíně, se proměňuje do formátu, který by se, za určitých okolností, mohl proměnit v periodikum odborného charakteru. Proč by se tak mělo vůbec stát a které okolnosti to jsou?

Tedy především, k čemu by to vůbec bylo dobré v informacemi nabitým světě? Po více než dvaceti letech strávených v medicíně, z nichž první polovinu jsem se zabýval výhradně somatickým oborem a druhou oblastí psychoterapie, jsem si jist, že území mezi oběma oblastmi zůstává ležet ladem. Je to místo, kde by v dávných dobách bylo napsáno: Zde jsou lvi, země nikoho.

To je pochopitelné, nikdo si nepřipadá dost kompetentní se o tuto oblast starat. Školy nás připravují buď jako biologicky erudované lékaře, nebo celou řadu humanitně vzdělaných specialistů, z nichž jen malá část se zabývá oblastí zdraví a nemoci. Podle mé zkušenosti mají psychoterapeuté – psychologové tendenci věnovat se „jen“ duševní oblastí jedince nebo i celým rodinám, ale z pochopitelných důvodů se vyhýbají celé oblasti tělesných symptomů. Psychoterapeuté z řad somatických lékařů to mohou dělat právě naopak, pokud se vůbec věnují psychosomatickým symptomům a ne jen malé psychiatrii. Už tady začíná dělení váznout, jak možná dobře cítíte se mnou. Ze své úzké

spolupráce s psychoterapeuty jsem si zvykl na to, že vzájemný respekt za současné úzké spolupráce nám na obou stranách otevřela oči, začali jsme vidět víc. Postupně se ztrácel rozdíl mezi tělesnými a psychickými symptomy, mezi nemocí a poruchou chování. To ale současně vedlo k větší schopnosti složité symptomy chronických pacientů ovlivňovat.

Jedním z problémů, kterého jsme si všimli, je jakési „překlápění“ na stranu „psychickou“, neboli čím více chápeme děje v celém systému, tím méně se díváme tělesným projevům jednotlivce, ale tím se také stále více vzdalujeme z oblasti tělesného. Jsme pak stále ochotnější poskytovat pacientovi psychoterapii spíše než na tělo orientovanou techniku. Tak se postupně můžeme psychosomatickým pacientům ztrácat, stáváme se jim nedostupnější. Může za to jistě i stále se prosazující dichotomie těla a duše, která má více příčin než je prostá ideologie nebo filosofická orientace. Proto se domnívám, že pokud se nebudeme více starat o vzdělávání na poli nikoho, na hranici mezi tělem a duší, bude vývoj psychosomatického myšlení v naší přebiologizované medicíně stále problematický, vydaný napospas nahodilým poryvům zájmu veřejnosti a přízně či nepřízně organizátorů zdravotnictví. A takové kultivování jakékoli oblasti myšlení vyžaduje médium, jímž se může právě Psych&Soma v naší oblasti stát.

Je jasné, že nemůžeme zatím čekat ekonomickou podporu mocných

farmaceutických korporací, které nemohou mít zájem na rozvoji psychosomatického myšlení v medicíně. Proto si musíme pomoci sami. Jinak řečeno, existence takového projektu je závislá na jistých okolnostech, které můžeme jen odhadovat.

Především záleží na tom, jestli se najde několik zapálených lidí, kteří by se ujali vydávání takového periodika. To není zase tak těžká věc v době, ve které máme skvělé podmínky k editování každý na svém stole ve svém PC. Druhá zcela podstatná věc je, zda se najde dostatek zájemců schopných a hlavně ochotných psát o svých zkušenostech, o své práci, o svých pochybnostech, o tom, co o oblasti psychosomatických integrací kde přečetli, přeložili. A zda budou ochotni se o to podělit s ostatními jen proto, aby se mohli

setkávat s lidmi sobě podobnými, aby se mohli o svých pozorováních s někým podělit.

Můžeme si to vyzkoušet již dnes. Dávám „do placu“ rozbor práce našeho pracoviště za 6 let práce. Je to jen jednoduchá statistika s několika úvahami nad získanými čísly, která, jak doufám, ilustruje naši zkušenost. Jednou z možností, jak začít je, aby každý z Vás, kdo se již nějakou dobu v oblasti na pomezí tělesného a psychického pohybujete, nějakým způsobem svou zkušenost seriózně popsal a dal ji k dispozici ostatním.

Tak bychom se mohli postupně sami se sebou seznamovat, abychom časem věděli, kdo jsme.

S nadějí do budoucnosti Vás zdraví
Vladislav Chvála
V Liberci 8.3.2003

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

Pokračování kurzu IPVZ v psychosomatické

problematicke

Další z pokračovacích kurzů psychosomatiky na půdě IPVZ, jejich řada doufáme byla již definitivně úspěšně zahájena na podzim min. roku proběhne sice v poněkud problematickém termínu před Velikonoci, ale už má své jasné číslo, a doufejme do budoucnosti i jasné místo mezi kurzy IPVZ. Pokud se Vám první kurz zamlouval, a mnoho z vás o tom svědčilo, přijďte zas. A už si můžete poznamenat do svých kalendářů termín kurzu dalšího: 2.-3. 10. 2003, což je předběžné, neboť jak se dívám

je to čtvrtek+ pátek a my se přece scházíváme v pátek a v sobotu. Takže ten dřívější má už hotový program:

Č. kurzu IPVZ: **222070**

Termín: 18.-19.4. 2003

Pátek: 18.4.2003

8.30- 9.30 Šimek Jiří:

Psychosomatický fenomén jako konstrukt naší civilizace

9.30 -10.00 diskuse

10.30- 11.30 Gregor: Zkušenosti klinika (gastroenterologie)

11.30- 12.00 diskuse

13.00- 14.00 Poněšický: Tělo a tělesnost v psychosomatice a psychoterapii
14.00- 14.30 diskuse
15.00- 16.30 panelová diskuse na téma psycho-fyzický problém v současné medicíně (Gregor, Komárek, Poněšický, Šimek, moderují Chvála a Trapková.)
Sobota:
8.30- 9.30 Šavlík: Teorie změny (Jakou má současná medicína teorii změny?)

9.30-10.00 diskuse
10.30-11.30 Komárek: Portmanovská biologie
11.30-12.00 diskuse
13.00-14.00 Křížová: Alternativní medicína jako součást postmoderní medicíny
14.00-14.30 diskuse
15.00- 16.30 Chvála, Trapková: Multidisciplinární seminář nad případy posluchačů

PSYCHOSOMATICKÉ DISPUTACE 3

Tentokrát o bolesti hlavy

Koordinuje Chvála+ Trapková, diskusi mezi kliniky a psychoterapeuty o tomto svízelném symptomu. V lékařském domě
12.května 2003, od 14 do 17 hodin
Předběžný program:
MUDr.Chvála: Převažují v praxi somaticky či psychogenně podmíněné bolesti hlavy ?

MUDr.Vindušková: Od neurologie k psychoterapii také u bolestí hlavy
MUDr. Konečný : Cefalea u nemocné s esenciální trombocytémií a posttraumatickou stresovou poruchou (fenomenologický a psychosomatický popis nemoci)
MUDr.Šavlík: Téma rezervováno

POZVÁNKA NA SLOVENSKO

Naši bratři Slováci pořádají konferenci, na kterou nás srdečně zvou a posílají nám první infomaci: Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok v spolupráci s Psychiatrickou spoločnosťou SLS a Slovenskou psychoterapeutickou spoločnosťou organizujú konferenciu na tému:

Psychosomatika v teórii a praxi

Termín: **5.- 7. júna 2003**

Miesto konania:

Kultúrne centrum mesta Pezinok
Pinelova nemocnica v Pezinku už tradične organizuje medzi psychiatrickými zjazdami konferencie s aktuálnymi interdisciplinárnymi témami. Tentokrát venujeme

pozornosť teoretickým a najmä klinickým aspektom psychosomatickej a behaviorálnej medicíny a liečbe psychosomatických porúch. Preto oslovujeme aj odborníkov mimo psychiatrickej a psychologickéj praxe, ako aj kolegov z okolitých krajín a vopred vítame záujem všetkých účastníkov, ktorých táto téma zaujíma.

MUDr.Pavel Černák, riaditeľ Pinelovej nemocnice

hlavný odborník MZ SR pre psychiatriu

Prihláška pre zájemov je priložená na konci tejto tlače (pozn. red.)

Dobrá zpráva

pro poskytovatele služeb hrazených pojišťovny –

Nedávno došlo v dohodovacím řízení mezi ambulantními specialisty a ZP k dohodě na II. pololetí (hodnota bodu 1,04), jejíž součástí se podařilo učinit následující odstavec:

„Omezení maximální výší úhrady se nepoužije u zdravotnických zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie ... a dále u zdravotnických zařízení jiných smluvních odborností než 901 vykazujících výkony autorské odbornosti 910 – psychoterapie – uvedených v příloze č. 1. Pokud další zdravotnické zařízení jako poskytovatel převážně psychoterapeutické péče prokáže, že splňuje kritéria pro zařazení do seznamu v příloze č. 1

(alespoň 50% vykázaných a uznaných bodů příslušné zdravotní pojišťovny v posledním celém kalendářním roce vykazovalo prostřednictvím výkonů odbornosti 910 – psychoterapie, má úvazek lékaře nasmlouvaný alespoň ve výši 1,00 a psychoterapeutickou kvalifikaci doloží osvědčením IPVZ), zdravotní pojišťovny jsou oprávněny po uzavření příslušné smlouvy hradit takto dohodnutým způsobem péči i tomuto novému poskytovateli.“

To je velké vítězství pro psychoterapii (byť to musí ještě schválit velké dohodovací řízení a pak MZ ČR).

Karel Koblic

Základní výcvik v psychoterapii zaměřené na tělo

Založen na teorii Wilhelma Reicha, Alexandra Lowena (bioenergetika), Gerdy Boyesen (biodynamická psychologie), Rona Kurtze (metoda hakomi) a Eugena Gendlina (focusing). Vedený klinickým psychologem **Eli Weidenfeldem**, senior trenérem Evropské školy biodynamické psychologie (ESBPE) v Lübecku (SRN). 50 výcvikových dnů během dvou let. Výcvik začíná v

dubnu 2003, volných je několik posledních míst. Je určen převážně pro pracovníky pomáhajících profesí, ale otevřen je i pro ostatní zájemce. Info a přihlášky: MUDr. Tomáš Morcinek, Fr. Kadlece 4, 180 00 Praha 8, tel. 608 888 867, 283 842 686, tomot@seznam.cz

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

Naše zkušenosti s léčbou psycho-somatických pacientů v letech 1997-2002

V.Chvála, P.Moos

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch V Liberci
Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, e-mail: chvala@sktlib.cz

Úvod

Pacienti s chronickým neinfekčním onemocněním zvyšují náklady na léčbu ve všech vyspělých zdravotnických systémech. Čím dokonalejšími diagnostickými prostředky disponujeme, tím nákladnější je jejich vyšetřování, aniž by to adekvátně zlepšilo terapeutické výsledky. Tato riziková skupina pacientů je charakterizovaná tím, že udávané potíže nemají odpovídající somatický nálezní a špatně reagují na běžnou léčbu. Proto se obvykle po nutném „kolečku“ po různých specializovaných lékařích vrací zpátky k praktickému lékaři, kterému nezbývá než se o ně starat často řadu let, aniž by se jejich zdravotní stav podstatně zlepšil. Podle naší zkušenosti je tvorba jejich symptomů často podmíněna komplikovanými psychosociálními vlivy, které nebývá snadné rozpoznat a řešit. Symptomy jim poskytují nepřilíš uspokojivé náhradní řešení. Na rozdíl od neurotických jedinců, nejsou psychosomatictí pacienti ochotni se svými psychosociálními problémy zabývat, jednak pro zvýšenou citlivost na pocity viny, jednak díky nevědomým obranným mechanismům.

Ve skutečnosti dochází mezi těmito pacienty a zdravotníky k nedorozumění, která vedou k vzájemným škodám. Některé tělesné soustavy, jako například GIT nebo pohybová soustava, jsou na psychosociální vlivy citlivější než jiné. Podle toho je procento takových pacientů v různých medicínských oborech různé. Odhaduje se např., že až 50% pacientů s chronickými symptomy v oblasti

zažívacího traktu, jsou psychosomatictí pacienti. Záleží na tom, jak chápeme psychosomatický symptom. Ukázali jsme, že z různých důvodů v naší medicíně pochopení pro psychosociální vlivy na způsob stonání v druhé polovině 20.století významně snížilo, přes proklamovaný bio-psycho-sociální model nemoci. (Engel, 1977)

Během 80. let vznikl na půdě libereckého OÚNZ projekt ambulantního pracoviště, které by se zaměřilo na tuto skupinu pacientů. Chtěli jsme dokázat, že u řady zdánlivě neléčitelných pacientů s chronickou somatoformní či somatizační poruchou, nebo i s jiným chronickým onemocněním, lze dosáhnout změny a úzdravy. Jen je třeba přetnout začarovaný kruh nedorozumění, omezit riziko vzájemného poškozování a v konečném důsledku snížit celkové náklady na léčbu této skupiny pacientů. Pracoviště bylo založeno na týmu lékařů a psychologů s psychoterapeutickou erudicí v kombinaci s některými tělovými technikami tak, aby maximálně vycházelo vstříc právě rizikové populaci jedinců reagujících psychosomatickým symptomem na nejrůznější zátěž. V září roku 1989 se podařilo tento projekt realizovat na půdě všeobecného lékařství a od té doby je Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci nepřetržitě k dispozici cílené skupině chronických pacientů.

Zatímco v devadesátých letech zdravotnický systém hledal novou stabilitu v po změně politických a ekonomických poměrů, což nepřálo psychosomatickým

úvahám, když ekonomicky bylo pro lékaře výhodnější léčit než vyléčit, s nástupem nové generace lékařů a psychologů se zvedl zájem o psychosomatickou problematiku na půdě medicíny. Rádi bychom nově vznikajícím týmům psychosomatických pracovišť předali některé zkušenosti, získané za čtrnáct let existence našeho zařízení.

Organizace týmu a léčebné metody

Pracoviště, které se chce zabývat léčbou psychosomatických pacientů, musí vycházet z jejich přesvědčení, že jsou nemocní tělesně a nikoli duševně. K tomu je vhodné používat takové diagnosticko-terapeutické techniky, které se zabývají tělem a jeho fungováním. Je výhodné, když úvodní vyšetření provádí lékař, který má dostatečnou erudici ve všeobecné medicíně a současně je ochoten či schopen chápat význam symptomů také z hlediska psychosociálního. Velmi se nám osvědčila technika, kterou nazýváme práce s časovou osou, o které jsme publikovali dříve. (Chvála, Trapková, 1995)¹ Od začátku léčby tak můžeme vidět symptomy jako součást příběhu pacienta a jeho nejbližšího sociálního okolí. Snadněji se tak rozhodujeme o vhodné intervenci, která by měla odpovídat představám pacienta o tom, co by mu mohlo pomoci.

Tak se často stává nejnepříjemnějším způsobem léčby série akupunkturálních sezení, při kterých u nás využíváme pulsovou diagnostiku a klasickou indikaci dle jin-jangové teorie, jakkoli jde o zcela cizí terapeuticko-teoretický koncept, který využíváme v duchu evropské tradice psychoterapeutické a psychosomatické medicíny. Podobně by mohla posloužit erudice fyzioterapeutická, nebo bioenergetická dle dr. Schmidta nebo Reicha. Víme, že v některých ordinacích se s úspěchem u psychosomatických pacientů používá klasická homeopatie, nebo terapie dle Volla, což bývá pacienty dobře tolerováno. Nevýhodou posledně

jmenovaných technik může být fakt, že jsou masivní diskusí o skutečném účinku těchto metod na vědecké půdě pochopitelně diskvalifikovány, což se ostatně občas týká i akupunktury. Vědecká diskuse je jistě na místě, je však otázka, z jakých pozic vědecké obce argumenty pocházejí. Protože samo jádro vědecké teorie prochází nepřehlédnutelnou krizí (viz Vopěnka, Neubauer, Komárek), je třeba být v kontaktu se skutečně současnými trendy vědeckého myšlení pro udržení konzistence používaných metod. Pro pacienta je mnohem důležitější než teoretický rozhled lékaře, jeho terapeutický potenciál a užívané léčebné metody, ulevující od symptomů. To pomáhá zpevňovat důvěru pacienta a zvyšuje naději na jeho trvalé vyléčení. Nezabývá to ale lékaře povinností kritického zkoumání používaných technik a potřeby trvalé diskuse s ostatními kolegy. Práce v týmu to může usnadňovat. Učinili jsme zkušenost, že čím „vědecktějším“ výkladem pacientova stonání disponujeme, tím více se posouvá spektrum léčebných metod do oblasti psychoterapie. To však vede ke změně klientely, pracoviště se pak stále více věnuje pacientům neurotickým, když psychosomatické nemohlo pro terapii získat. Výhoda „vědeckosti“ je pak problematická. Pacienti neuvažují vědecky, ale rozumí svým nemocem právě tak, jak je napadne.

Je možné namítnout, že k získání důvěry pacienta není třeba sahat k podivným starobylým technikám, když moderní farmaceutický průmysl nás zásobuje nepřeborným množstvím pozoruhodných léků, jejichž efekt je zpravidla znám. Samozřejmě jich lze také využít, ale u psychosomatického pacienta, pokud chceme dosáhnout trvalejší změny, bude třeba získat jej pro hlubší změny v jeho životě. Čím více lék ulevuje od symptomů, tím menší je naděje, že se do potřebných změn pacient pustí. Naštěstí k nám přichází tito pacienti klasickou medikamentózní léčbou zklamání. Skutečnou změnu u chronického případu neudělá zpravidla zázračný lék, ale nové nahlédnutí vlastní situace. K tomu můžeme pacienta dovést různými cestami.

¹ Chvála, V.: Časová osa- nový pohled na psychosociální souvislosti. Kontext, XI, č.2, 1995, str.26-31

Na našem pracovišti využíváme především psychoterapeutických metod.

I když se některým členům týmu zdá být nejvýhodnější koncept rodinné terapie pro porozumění psychosomatickému symptomu, nijak se nebráníme jiným školám. Další členové týmu mají výcvik v gestaltterapii, jiní v psychoanalytické psychoterapii a jiní v PBSP terapii², nebo v Rogeriánské psychoterapii. Jinde by se stejně dobře uplatnila kognitivně behaviorální škola, nebo daseinsanalytická terapie, pokud by vyšla právě laickému a tělově orientovanému myšlení těchto pacientů. Důležitá není škola, předchozí vzdělání nebo ideologie, ale vzájemný respekt k odlišnostem ostatních v týmu, respekt psychoterapeutů k biologicky orientovaným členům týmu a naopak, ochota akceptovat i názory akupunkturisty nebo homeopata, i když jejich jazyk se může zdát s vědeckým myšlením málo slučitelný. Za takových okolností se mohou členové týmu vzájemně obohatit ve prospěch pacienta. V rámci dobrého týmu je snadnější předat pacienta do péče jiného kolegy, pokud disponuje vhodnější metodou, nebo je to z různých důvodů potřebné. Vedení takového pracoviště je spíše horizontální než vertikální. Klasické modely hierarchického řízení od primáře po nejméně zkušeného sekundáře nejsou zde vhodné.

Velikost týmu hraje významnou roli. Dnes považujeme za optimální počet 4-6 stálých členů s malým množstvím externích kolegů. Vyzkoušeli jsme tým složený z mnoha odborníků, když se zdálo, že jen tak budeme moci zachovat hlavní výhodu pracoviště: přístup k pacientům všech věkových kategorií s širokým spektrem symptomů. Jen tak lze totiž v dnešní, na obory rozdělené medicíně vidět celý rodinný systém pohromadě. Proto byli členy týmu nejen gynekolog, sexuolog, algesiolog, psychiatr, psychologové a fyzioterapeut, jako je tomu dnes, ale také neurolog, pediatr, dermatolog, stomatolog a dokonce i onkolog. Pro odbornou kompetenci týmu bylo takové složení nepochybně výhodou, narostlo však neúnosně množství

vzájemných interakcí. Celý tým se musí scházet nad jednotlivými případy, což je náročné na čas, který pojišťovna nehradí. Výhodnější je mít spřátelené kolegy dalších oborů, které lze konzultovat v případě potřeby.

Považujeme za potřebné, aby tato léčba byla pokud možno hrazena pojišťovnou podle pravidel platných v celém zdravotnickém systému. Samozřejmě by bylo snadné označit se za nadstandardní pracoviště, kde by si pacienti léčbu sami hradili. Podle našeho názoru pak hrozí kolize zájmů, jsme-li na přímých platbách nemocných závislí. Oni sami jsou náchylní k závislosti a bylo by snadné je zneužívat v jejich touze po zdraví. Pokud podlehneme pokušení prodávat těmto pacientům nejrůznější léčebné prostředky, kterých je od velkého finančního úspěchu Herbalifu nepřeborné množství, jsme na nejlepší cestě stát se místo lékařů obchodníky. Klientela našeho pracoviště nepochází z příliš movitých vrstev, nejspíš proto, že jsme od počátku k dispozici té obtížnější části pacientů.

Hlavní důvod, proč by měla být léčba psychosomatických pacientů na týmovém pracovišti hrazena pojišťovnou vidíme v tom, že je výhodná především pro pojišťovny, protože v dlouhodobé perspektivě šetří jejich peníze. U některých diagnostických skupin lze totiž dosáhnout tímto postupem uzdravení až v 80% případů. (Chvála, Trapková, 1998) Praktičtí lékaři, kteří prošli výcvikem na našem pracovišti, mají jen asi 60% nákladů ostatních kolegů. Na druhé straně je taková léčba pro pacienty obtížnější než jiné (třeba farmakoterapie) metody, proto musí být aspoň dostupná.

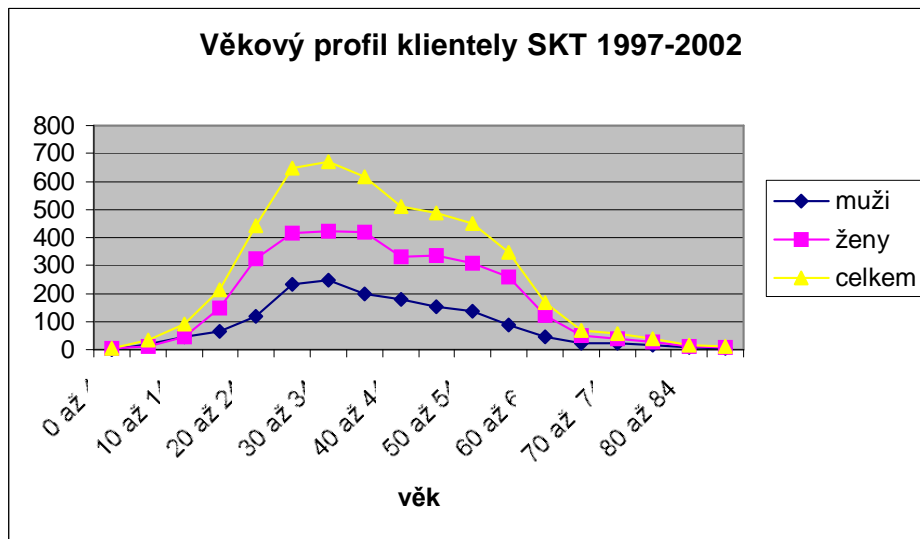
Některé statistické ukazatele v letech 1997-2002

Pro potřeby této publikace jsme se podívali na data, shromážděná o našich pacientech v programu Amicus© pardubické firmy STAPRO, který používáme od začátku roku 1997. Do té doby jsme používali vlastní program, jehož data do tohoto zpracování nezahrnujeme pro vzájemnou inkompatibilitu. Uvádíme

² Pesso Boyden Systém Psychomotor terapie

jen taková data, která lze z programu získat běžným výběrem. Mezi 1.1.1997 a 31.12.2002 jsme zaznamenali návštěvu

celkem 4896 osob rozlišitelných rodným číslem. Z nich bylo 3286 žen a 1610 mužů. Věkové rozložení ukazuje graf. 1.



a) Průchodnost pracoviště

Za sledované období jsme přijali průměrně 816 nových pacientů ročně, když průměrně jsme pracovali s 1294 rodnými čísly každý rok. Naším cílem nebylo a není na sebe vázat chronické pacienty, nýbrž dosahovat u nich podstatnou změnu a odpoutat je. Důležitý je ukazatel průchodnosti pracovištěm, tedy to, jak dlouho se jednotliví pacienti na pracovišti léčí. V tabulce č.2 jsme se pokusili znázornit úbytek pacientů z předchozích roků v klientele jednotlivých let. Je vidět, že zatímco v každém roce tvoří klientela přijímaná v roce předchozím ještě asi 1/3 rodných čísel, počty pacientů z let ještě starších klesají postupně až na 1/10. Tato desetina obsahuje podle naší

zkušenosti jakousi „sedlinu“ stálých pacientů, kam patří ti nejhůře léčitelní, pro které můžeme udělat patrně jen to, že jim poskytujeme relativně bezpečné vztahové zázemí, které je může dlouhodobě chránit před traumatizujícím kontaktem s běžným zdravotnictvím. Jsou mezi nimi pacienti s poruchami struktury osobnosti hraničního typu, pacienti po prodělané psychóze, i když pro ně nejsme typickým pracovištěm, nebo pacienti po vyléčení vážného tělesného onemocnění jako je astma bronchiale, kteří při procházení dalšími životními fázemi mají tendenci znovu znejistět a vytvářet další symptomy v novém kontextu. (viz Chvála, Trapková, 1998)

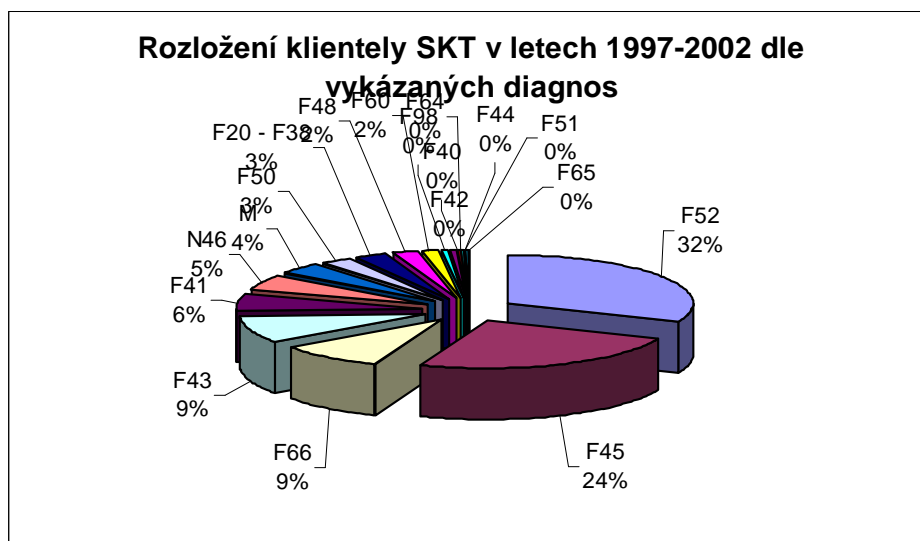
Tab.č. 2. :Skladba pacientů SKT v letech 1997-2002 dle délky léčby

počet léčených r.č. v roce	2002	2001	2000	1999	1998	1997
celkový počet léčených	1302	1312	1474	1305	1232	1141
z toho z předchozího roku	492	490	520	493	478	
z toho z předchozího roku	262	271	339	258		
z toho z předchozího roku	195	232	251			
z toho z předchozího roku	179	166				
z toho z předchozího roku	130					

b) Složení pacientů dle diagnos

Tabulka č.3 ukazuje složení pacientů podle diagnostických okruhů dle MKN-10. Tento přehled nemůže být přesný, protože vykázaná diagnosa u těchto pacientů není zdaleka tím nejdůležitějším faktorem. U chronických pacientů s celou řadou symptomů není systém MKN-10 dostačující. Přesnější by byly diagnosy vztažené k rodinnému systému a jeho poruchám, nebo diagnosy jen popisné, tak jak jsou uvedeny v části „R“ nebo „Z“ MKN-10. Ty však pojišťovny nechtějí přijímat. Tak je souhrn diagnos spíše obrazem zdravotnického systému, než skutečnosti samé. Lze si však udělat podle uvedených údajů zhruba představu, pod jakými diagnosami byli pacienti do léčby přijímáni. Je vidět, že až 32% pacientů bylo přijímáno se sexuologickou diagnosou F52, což odpovídá tomu, že hlavním oborem pracoviště je sexuologie. Nejsou to však typičtí pacienti sexuologie. Obvykle jde o somatizaci tak či onak

související s partnerskou situací, kde málokdy chybí porucha sexuality páru. Druhou velkou skupinu tvoří somatoformní porucha F45 (24%). Spolu s předchozí skupinou tak tvoří přes polovinu (56%) celé klientely a ve skutečnosti jde o stejný druh typických psychosomatických pacientů. Poměrně hodně nemocných bylo přijato pod obrazem poruchy sexuálního zrání F660 (9%). Šlo převážně o mladé pacienty s poruchami separace, nezřídka s poruchami příjmu potravy (F50). Těch bylo vykázáno jen 165, patrně s rozpaky, zda může být porucha příjmu potravy léčena na sexuologii. Častěji se skrývá léčba těchto pacientů pod dg F660, když klíčovým problémem je zde podle našich zkušeností právě separační proces při poruchách sexuálního zrání. Ostatní část klientely lze označit spíše za neurotiky. 154 pacientů (2%) bylo vedeno pod diagnosami F20-F39.



c) Klientela pracoviště dle vykázaných výkonů a podle odborností

Určitou představu o naší práci může poskytnout údaj o tom, jaké druhy výkonů (s výjimkou akupunktury, která se již nevykazuje na pojišťovnu) byly na jednotlivá rodná čísla vykázána, což ukazuje tabulka č. 4. Čísla představují odpověď na otázku, u kolika jedinců byly prováděny činnosti jako je vyšetřování, individuální, nebo skupinová terapie, nebo

rodinná terapie či rehabilitace. Často šlo i kombinaci těchto metod. Ponechali jsme číslo počtu vyšetření spermiogramu (232) pro představu, jaká část pacientů toto vyšetření na doporučení gynekologa partnerky u nás absolvovala. Těmto pacientům se zpravidla více nevěnujeme a představují jen okrajovou, i když z hlediska sledovaných průměrných nákladů na rodné číslo významnou část naší klientely.

Je vidět, že zatímco vyšetření odborníkem je poskytnuto téměř všem pacientům (výjimky představují patrně pacienti vstupující rovnou do psychoterapie, což dnes již neděláme), individuální psychoterapie byla poskytnuta 2999 pacientů, rodinná terapie 1205 pacientům, skupinovou terapií prošlo 206 pacientů. Krizová intervence byla u nás vykázána výjimečně.

Podíl jednotlivých odborností na vyšetřování pacientů ukazuje tabulka č.5. Sexuologem bylo vyšetřeno 2463 pacientů, psychiatrem 627 pacientů,

Rozdělení dle výkonů	poč r.č.
vyšetření odborníkem u	4339
individ.PT u	2999
rodinná terapie u	1205
skupinová terapie u	206
spermiogram u	232
krizová intervence u	17
celkem	8998

d) Náklady na léčbu

Tabulka č.7 ukazuje důležitý ukazatel celkových nákladů na léčbu za dobu 6 let. Průměrně jsme vykázali 3431 bodů na jedno rodné číslo, a 333 Kč nákladů na léky pro jednoho pacienta. To představuje 571 bodů (přibližně tolik Kč) za rok, a 55,50 Kč za léky na jednoho pacienta ročně. Sami pacienti si platí akupunkturu, což činí v celkových příjmech pracoviště zanedbatelnou položku.

Pro pracoviště, které má smlouvu s pojišťovnou, jsou důležitější krátkodobější náklady, přesněji průměrné náklady na rodné číslo za jednotlivé čtvrtletí. Tabulky 8.a. a 8.b. ukazují jako příklad vývoj průměrů na 1. čtvrtletí od roku 1997 do roku 2002 jednak za celé zařízení (což se pohybuje kolem 1275 body na rodné číslo), tak za jednotlivá pracoviště. Je vidět mírně vzestupný trend v obou tabulkách a ve všech oborech, což odpovídá realitě regulačních snah pojišťoven. Je jasné, že takto orientované pracoviště nemůže porovnávat své průměrné náklady v jednom čtvrtletí s pracovišti čistě biologickými. Teprve dlouhodobé přehledy nákladů mohou

odborníkem algésiologem 561 pacientů a fyzioterapeutem 456 pacientů. Ostatní byli vyšetřováni v rámci psychoterapeutického procesu psychologem, aniž by byl proces oddělen. Pokud jde o to, na kterém ze 4 pracovišť našeho zařízení byl pacient vykazován, pak to bylo 2736x na sexuologii, 1973x na psychiatrii, 1562x na psychologii a 744x na fyzioterapii. Systematická psychoterapie byla poskytována přitom na všech těchto pracovištích s výjimkou fyziatrie. Je vidět, že asi 1/3- 1/2 pacientů je současně vedena na dvou nebo více pracovištích.

ukázat, že je tento druh léčby ve skutečnosti levnější, než dlouhodobá pouhá preskripce nákladných (a stále nákladnějších) léků.

	celkem	průměr na r.č.
náklady na výkony	17660303	3431
náklady na léky	2294218	333

e) Efekt terapie

Nejdůležitější by bylo dokázat, že takto zorganizovaná léčba chronických pacientů má jasný pozitivní efekt. I když o tom nepochybujeme, důkazy této skutečnosti nyní máme jen nepřímé.

vyšetření dle oborů:	počet r.č.
sexuologie	2463
léčba bolesti	561
psychiatrie	627
rehabilitace	456
celkem	4107

Žádná statistická čísla dostupná z programu Amicus© nemohou doložit skutečný efekt léčby. Můžeme se o něm jen dohadovat na základě

proměny klientely během sledovaných 6

let. Je nepochybné, že se klientela obměňuje, a jen asi jedna desetina zůstává navázána po celou sledovanou dobu. Domníváme se, že kdyby odcházeli pacienti nevléčení a nespokojení, musela by se za dobu 14 let existence pracoviště nepochybně rozšířit mezi pacienty pověst o terapeutické bezmoci pracoviště. Neutuchající zájem o léčbu u nás o tom však nesvědčí. Také stále rostoucí zájem ostatních kolegů o umístění některých svých chronických pacientů do léčby u nás svědčí o tom, že pozitivní efekt takto pojaté léčby pacientů reagujících psychosomaticky nelze zpochybňovat.

Skutečný efekt léčby jsme zkoumali jen u některých skupin nemocných, např. u pacientů s poruchou příjmu potravy. (Chvála, Trapková)³ Vybrali jsme poměrně těžkou skupinu, jejíž léčba obvykle trvá celé roky a je málo uspokojujivá i během opakovaných hospitalizací. Prokázali jsme, že v našem pojetí rodinné terapie s externalizací dle Epstona a Whitea je úspěšnost léčby nejméně u 60% pacientů s poruchou příjmu potravy nepochybná a navíc netrvá příliš dlouho.

Přitom náklady na léčbu takové jedné rodiny v ambulantním zařízení s týmem představují asi 7200Kč na deset sezení při práci s jedním terapeutem a dvojnásobek při práci v terapeutickém páru, která je v indikovaných případech nezbytná. Vzhledem k tomu, že medikaci u této skupiny pacientů používáme jen výjimečně, cena léčby se v této poloze významně nezvýší.

Další větší skupinou pacientů, u kterých zaznamenáváme dobrý terapeutický efekt je skupina smíšených úzkostných a depresivních poruch, lehkých a středních depresí, zejména se symptomatologií diagnostických jednotek F41.2 nebo F43.2 podle MKN-10.

V procesu léčby těchto poruch naopak standardně využíváme paralelní péče klinického psychologa (systematické psychoterapie) a psychiatra (farmakoterapie). Zhruba u dvou třetin

pacientů dosahujeme výrazného zlepšení do dvou měsíců, a přitom změna má dlouhodobý charakter přetrvávající i po vysazení medikace.

Jak jsme zjistili, tato naše klinická zkušenost je v souladu s poznatky publikovanými v zahraničí. Např. APA practice guidelines z r.1993 jednoznačně doporučují rovnocenné využití vzájemné podpory farmakoterapie a psychoterapie jako vysoce efektivního přístupu v léčbě lehkých a středních depresí, kdy podle „evidence based“ klinických studií dochází v uvedené terapeutické kombinaci u více než poloviny pacientů ke zlepšení do 6-8 týdnů.

Skutečný efekt naší léčby by bylo možno posoudit jen ve spolupráci s pojišťovnou, která by mohla posoudit náklady na vybranou skupinu svých klientů v době před léčbou u nás, během léčby a v letech následujících. Takový projekt bychom velmi rádi uskutečnili.

Závěr

Chtěli jsme se podělit o některé zkušenosti učiněné za dobu existence našeho pracoviště, které se věnuje léčbě psychosomatických pacientů. Uvedli jsme některá statistická data o klientele nashromážděná v letech 1997- 2002 jako ilustraci naší práce. Považujeme organizování týmů lékařů a psychologů s cílem pomoci chronickým pacientům nejen za možné, ale také za velmi potřebné.

I kdyby se změnila naděje na úzdravu jen u poloviny přijatých chronických pacientů, mohla by tato alternativa zajímat především pojišťovny. Přáli bychom také praktickým lékařům, kteří nesou největší váhu nemocnosti psychosomaticky reagujících pacientů, aby měli v dosahu podobné zařízení, kam by mohli nejobtížnější z nich odesílat s nadějí na změnu a na snížení spotřeby léků a zdravotnických služeb.

Je však třeba říci, že samotná existence takového týmu v každém okrese neušetří rizikovou populaci psychosomaticky reagujících pacientů nejruznějšího vyšetřování, léčebných pokusů, včetně operací a abusu hromady léků, které tito pacienti zřejmě musí spotřebovat dokud se nepřesvědčí, že

³ Trapková, L., Chvála, V.: Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. Prakt. lékař 80/9, 2000

tudy cesta k vývoji v jejich osobním životě nevede. Teprve když se sami zamyslí a rozhodnou se pro jiný způsob léčby, jsou zralí pro léčbu na psychosomatickém zařízení jako je Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch. Podle našeho názoru je to výhodnější, než když se vydají na vlastní pěst prozkoumávat řady léčitelů.

Žádným organizačním opatřením nemůže zdravotnictví takové rozhodnutí udělat za pacienty. O to obtížnější je cesta za prosazováním psychosomatiky u nás, že nejde jen o přesvědčení organizátorů, ministerstva zdravotnictví nebo ekonomů

pojištěn. Jde totiž o to, aby taková pracoviště, která vznikala spontánně, často z entuziasmu několika zdravotníků, mohla existovat a rozvíjet se pokud splní podmínky pro provoz zdravotnického zařízení. To je obtížné proto, že není jednoho oboru pod který by se dalo zařadit a musí se vždy hledat originální cesty. Bez osvícených úředníků pojištěn i státu by to sotva bylo možné. Všude tam, kde se najdou vhodné podmínky, mohou taková pracoviště už dnes usnadnit život jak pacientům, tak zdravotníkům a v konečném důsledku i pojišťovně a státu.

TÝM a JEHO JAZYK

MUDr. Martin Konečný
VFN Praha, Středisko RT
Fokus Praha, KC Břevnov
mudr.m.konecny@seznam.cz

Od roku 1999 spolupracuji se Střediskem pro mládež a rodinnou terapii při Oddělení léčby závislostí VFN v Praze. Měl jsem to štěstí, že jsem na začátku svého působení potkal ve středisku ještě doktora Boše, tehdy již vážně nemocného. Naše setkání však bylo krátké a mělo pro mne spíše symbolický význam důležitého mezníku na přelomu časů. Na to, abych se od doktora Boše mohl učit, zbývala, bohužel, z jeho života již jen příliš krátká doba.

V letech 1999 až 2001 jsem do Prahy dojížděl z Plzně a má práce bylo omezena řadou nepříznivých okolností. Jedenkrát v týdnu, později jen asi jednou za tři týdny, jsem se u Apolináře účastnil sezení rodinné terapie. Pracoval jsem v terapeutickém tandemu nebo v rámci reflexního týmu, který v Apolináři naslouchá rozhovoru klientů s terapeuty přímo

v terapeutické místnosti. V květnu minulého roku jsem do VFN nastoupil a od té doby působím v týmu Střediska pro mládež a RT jako psychiatr a terapeut.

Nejvýraznějšími postavami apolinářského týmu pro mne od počátku byli Jitka Vodňanská a Pavel Bém, kteří řadu let spolupracovali s doktorem Bošem a od něj převzali hlavní část svých terapeutických zkušeností v oblasti rodinné terapie. Jitka ale, tak se mi jevila především v průběhu let 1999 a 2000, svou často brilantní terapeutickou práci reflektovala pojmy specifického jazyka, který odrážel nejen její psychoterapeutické vzdělání zaměřené ne-analyticky (na tělové a neverbální techniky), ale snad ještě více její hluboké „paraterapeutické“ zájmy (buddhismus, meditace, východní filozofii, apod.). Zdálo se mi, že takový jazyk neosvětluje rodinnou terapii jako

svébytný terapeutický postup. Pavlův jazyk byl zas zcela odlišný, zdůrazňoval jiné skutečnosti, než Jitčin. Také jejich styly práce byly rozdílné a já nemohl pochopit, CO mají oba společného, CO je vlastně „ta rodinná terapie“, které se mám naučit. Výsledkem zkrátka bylo, že pro mne byli oba, Jitka i Pavel, málo srozumitelní. A s nimi i celá rodinná terapie.

Rozhodoval jsem se proto, zda mám rodinnou terapii vůbec dělat, protože se s ní v podání apolinářského týmu nejsem schopen ztotožnit, nebo zda se jí mám „naučit“ někde jinde – tzn. osvojit si přiměřenější slovník spojený se základy teoretického vzdělání v tomto oboru, a snad i základní dovednosti, které, jak se mi zdálo, u Apolináře získat nemohu nebo neumím. Tak se zrodila má chuť vstoupit do výcviku RT. V roce 2001 jsem vstoupil do výcviku Pražského psychoterapeutického institutu a šestkrát ročně dojíždím na výcvikové běhy do jeho pobočky v Liberci. Výcvik, který probíhá již třetím rokem, vedou Lída Trapková s Vláďou Chválou, výcvikové skupiny běží pod vedením Honzy Knopa a Evžena Panovského.

Díky výcviku vidím Apolinář a způsob práce v něm z nového úhlu pohledu. Řadu věcí, kterým jsem dříve nerozuměl, mi ozřejmilo studium v Liberci. Tím, že jsem se dozvěděl více o různých směrech v rodinné terapii, o vývojových fázích rodinného systému, uvažoval o konkrétních rodinách a vztazích mezi jejich jednotlivými členy, jsem změnil také svou komunikaci v týmu. Dnes se mi zdá, že neexistuje žádný jednoduchý pojmový aparát, do něž by bylo možné rodinnou terapii zahrnout, ale že každý tým má svůj vlastní jazyk, který utváří všichni terapeuti zcela analogicky k rodinnému systému. Rodinná terapie, jak ji u Apolináře a v Liberci poznávám,

není ničím definitivním, není technikou, které by bylo možné se „vyučit“, je určitým pohledem na problémy jednotlivců, způsobem porozumění, pro něž je typické, že stále zohledňuje či zdůrazňuje rodinný kontext psychických i somatických symptomů. Ačkoliv s takovým jednostranným zdůrazněním rodinného „aspektu“ celého psychického pole stále v duchu polemizují a v jistých konkrétních případech s ním nesouhlasím, rodinná terapie andersenovského typu, jak je v Apolináři realizována, přináší do mé práce zároveň i nové kvality, které individuální ani skupinová psychoterapie nemají.

Takovou kvalitou je zejména „týmovost“ rodinné terapie. Tým má vlastní „rodinný život“, utváří svůj vlastní jazyk, a vychází tak rodině přinášející symptom vstříc tím, že je sám plnohodnotným systémem. Samozřejmě, že v terapeutickém týmu neplatí ta samá pravidla jako v rodině, život týmu se také odehrává jiným způsobem. To, co mají ale oba systémy, které se v terapii setkávají, společné, to je jejich organizace na úrovni jazyka.

Uprostřed výcviku v rodinné terapii docházím postupně k názoru, že účinnost rodinné terapie netkví v propracovanosti „teorií o rodinných systémech“, ani ve způsobu intervenování, dokonce ani v terapeutické zdatnosti jednotlivých členů, i když všechny zmíněné stránky terapie jsou samozřejmě velmi důležité. Někteří členové apolinářského týmu využívají více modelu s prvky systemické terapie, jiní strukturálního, další zejména strategického a opět jiní vnášejí do terapeutické práce s rodinami svou zkušenost z dynamické psychoterapie a pracují s rodinami vlastně jako s malými skupinami. Ačkoliv se nemohu vnitřně ztotožnit s každým způsobem práce ve středisku, můj

jazyk, kterým pak oslovuji další a další rodiny, utváří i ti kolegové, s nimiž v řadě otázek týkajících se terapeutické práce nesouhlasím. Klíčovou roli pak hraje stupeň „jazykové organizace“ týmu, totiž takové porozumění rodinnému systému, o němž je možné mezi členy komunikovat v živých, srozumitelných pojmech, bez frází a klišé, přestože každý z terapeutů pracuje s rodinami odlišně. Takový jazyk pak vytváří určité, zcela jedinečné „týmové pole“, které se na určitý čas připojuje k rodinnému systému.

Ačkoliv cílem terapie je předem definovaná změna, během rodinné terapie jde ještě o cosi podstatnějšího, co kontrakt týmu s rodinou nezahrnuje: totiž o oživení tvořivých sil v rodinném systému, které mají svůj původ MEZI jednotlivými členy rodiny. A toto oživení rodinné kreativity je schopen vyvolat právě „týmový jazyk“, který je sám živě utvářen MEZI členy terapeutického týmu.

Je-li skutečně organizovanost týmu na úrovni jazyka důležitým aspektem účinnosti RT, bylo by zajímavé zkoumat způsoby, jakými různé týmy svůj „živý jazyk“ utváří, jak se organizují a jak prohlubují či rozšiřují týmový jazyk jako základní nástroj své práce. V Apolinárii takové „utváření jazyka“ probíhá na několika úrovních:

První úroveň představují vlastní sezení. Tím, že je reflexní tým v přímém kontaktu s terapeutem i klienty, naslouchá, dívá se, „čichá a hmatá“ atmosféru mezi oběma systémy, rodinným a terapeutickým, mohou se jeho účastníci během sezení ve vymezeném čase vyjadřovat k tomu, co se odehrává mezi nimi, k vlastní interakci. Zpětná vazba, kterou reflexní tým poskytuje terapeutům, však nemá jen charakter informace, není pouhým upozorněním na důležité aspekty terapeutické situace, zároveň je

„jazykováním“, totiž jazykem, jenž utváří a rozvíjí svébytný organismus týmu.

Po této krátké přestávce vyhrazené pro spolupráci terapeutů a reflexního týmu, jež nastává asi po prvních 45 minutách sezení a nemá trvat déle než 10 minut, následuje zakončení terapie spolu s rodinou. Během zhruba pětiminutového závěru již členové rodiny zpravidla nehovoří, v něm jako by celý tým předával své „životodárné síly“ rodinnému systému formou „ocenění“ a „doporučení“, eventuálně „domácího úkolu“ a „předpokladu“, který předjímá, někdy však záměrně indukuje, některé události v systému. Smyslem jak úkolů tak předpokladů je zesílení proběhlé terapeutické interakce. Jejich poskytnutí není nezbytné, ocenění a doporučení, někdy obsažené v jediném „poselství týmu“, je však udíleno po každém sezení. Po předání poselství rodina odchází a práce týmu pokračuje dalších nejméně 15 minut, často však i déle. Celý tým znovu hovoří o proběhlém sezení, smyslem takového rozhovoru ale není hodnocení, kritika, vytýkání chyb, je jím vlastně komunikace sama, totiž utváření společného „živého jazyka“, který pomáhá otevírat nové pohledy a nová porozumění pro příběhy rodin.

Druhou úroveň, na níž se „tým učí mluvit“, jsou supervize. U Apolináře probíhají pravidelně každý týden a podle potřeby terapeutů jsou poskytovány jak pro individuální terapie tak pro rodinná sezení. Průběhu supervize se účastní nejen terapeut či terapeutický tandem, který terapii vede, ale celý tým. Týmovou interakci řídí supervizorka a ovlivňuje tak významně trvalý proces vzniku „týmového jazyka“.

Třetí, neméně důležitou úroveň, je vlastní život týmu. Jeho členové se nejméně dvakrát ročně setkávají mimo středisko na „výjezdních zasedáních“.

Mimo tato dvě důležitá setkání dochází během roku častokrát ke spontánním setkáním při dalších akcích – tým společně vyráží do kina, divadla, na přednášky, do hospody, slaví tradičně společně Vánoce... Při každé takové příležitosti se vždy setkávají členové týmu, vždy se prohlubuje jejich společný jazyk, utváří se „jemněhmotná“ struktura společenství, která s týmovým jazykem úzce souvisí. Má zkušenost s rodinnou terapií je tak od počátku působení v Apolináři, tedy od roku 1999, utvářena prostřednictvím zkušenosti s týmem a jeho jazykem. Nejprve to byl pro mne jazyk neuchopitelný, málo srozumitelný,

protože v týmu bylo mnoho výrazných osobností s rozdílným psychoterapeutickým zaměřením, které hovořily příliš košatým, pro mne málo konkrétním jazykem. Postupně jsem však odhalil společné kořeny takto komplikovaného jazyka a začal oceňovat jeho mnohostrannost a mnohovrstevnatost. V jeho vitalitě, nerozlučně spojené s vitalitou jednotlivých členů terapeutického týmu, vidím samu podstatu léčebného efektu rodinné terapie, kterou tým vytváří jako svůj svébytný přístup složený z prvků všech možných terapeutických modelů.

KAZUISTIKY

Čtyřiačtyřicetiletý Příběh Jedné Migrény

Mgr. Petr Moos – klinický psycholog a psychoterapeut
Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch
Liberec

(referát přednesený na psycho-somatických disputacích II. JEP v Praze 13.5.2002)

Hlavním těžištěm mého referátu je část osobního příběhu pacientky, která od jedenácti let trpí migrénou. V současné době jí je 55 let, takže se zde již jedná o jakýsi druh soužití s nemocí jako životním partnerem. Nebudu se příliš zabývat technologií celkové terapie, výsledky různých vyšetření a detailním složením antimigrenosních čípků. Soustředím se pouze na její příběh (zejména z období dětství), který potom využiji k několika obecnějším psychosomatickým úvahám o migréně. Tyto úvahy vycházejí z mého osobního pozorování při práci s pacientkami, nabízejícími migrénu jako dominantní syndrom.

Fiktivní jméno: paní Marie

Věk: 55 let

Trvání obtíží: (od 11 let) tedy celkem 44 let

Vzdělání: diplomovaná zdravotní sestra

Zaměstnání: 30 let pracuje jako sestra u obvodního lékaře

Stav: vdaná v jednom manželství od 20 let, narodili se 2 synové, starší nyní 32 let, mladší před 5 lety tragicky zemřel ve věku 25 let.

Zpráva od neurologa: září 2001, migrenosní cefalea od 11 let, střídavá lokalizace, pocit otoku hlavy, nauzea, zvyšující se abúzus analgetik, za posledních 5 let výrazné zhoršení, od 3.2.99 nepřetržitě užívání

antimigrenosních čípků, od 20.8.01 Rivotril 2x2mg. Aktuálně záchvaty migrény téměř denně malé, velké s auroou 1x týdně.

Psychoterapie: Do individuální systematické psychoterapie byla paní Marie přijata v září 2001, pravidelně dochází na jednotlivá sezení 8 měsíců, celkový počet sezení k dnešnímu dni: 20.

Na prvních dvou sezeních paní Marie v podstatě neustále plakala a zároveň svůj pláč přemáhala jako něco zásadně nepatřičného, co už je projevem velké slabosti a zároveň odkrytím zranitelného místa. Časový prostor dvou sezení také sloužil k pacientčinu testování, zda mi může důvěřovat či nikoli. Na třetím sezení se tento stav prudce změnil a paní Marie postupně začala vyjevovat svůj životní příběh, který do té doby nikdo v detailech neznal, kromě jí samotné.

Vyrůstala v rodině despotického otce a submisivní matky trpitelky. Měla o 4 roky staršího bratra. Otec, bývalý hasič, propagoval velmi tvrdý způsob výchovy od útlého dětství, kdy surové fyzické tresty ve formě bití či různých způsobů klečení na předmětech byly pro paní Marii jaksi samozřejmé. Když potom nastoupila na základní školu, zavedl otec zvláštní systém exekuce trestů, který trval po celou docházku do školy, až do věku 15 let. Každý prohřešek doma nebo ve škole byl pečlivě zaznamenán do sešitu a seznam těchto provinění se vždy otvíral po uplynulém týdnu v neděli. Neděle byla nazývána Soudným dnem. Před obědem si otec sedl ke stolu, otevřel sešit a paní Marie s bratrem museli před něj předstoupit. Celé to mělo rituální charakter. Paní Marie si musela přesně vzpomenout na všechny položky otcova seznamu, aby trest nebyl horší. Objevovaly se zde položky typu: zapomněla jsem do školy úkol, začala jsem u večeře jíst dříve

než tatínek, pokřikovala jsem z okna na kamarádky apod. Po vyhodnocení započala licitace o celkovém počtu ran hasičským opaskem na holý zadek. Pokud otec pomalu vyslovil slovo „lehký“, znamenalo to rány ohnutým koncem opasku. Pokud vyslovil slovo „těžký“, znamenalo to bití velkou přezkou. Takže počet ran a obtížnost trestu byly určeny, tedy se mohlo začít v poklidu obědvat. „Často jsem nemohla vůbec jíst hrůzou, ale nesměla jsem jídlo nechat,“ plakala vztekem paní Marie na jednom sezení. Po obědě ještě před zákuskem a voňavou kávou byl trest vykonán. Paní Marie musela pokaždé stát se staženými kalhotami zády k otci, který seděl na židli, držel ji zezadu za rameno a do jednotlivých ran se řádně opíral. Tak to bylo i v pubertě, v patnácti letech, kdy již před ním stála plně rozvinutá jako žena.

Popisuji to záměrně trochu emotivně, protože paní Marie to v dětství rovněž velmi emočně prožívala. Zejména tu situaci trestu, kdy svým nářkem při bití otce vydráždila k větší intenzitě. To je důležitý moment. Když jí bylo 11 let, poradil jí bratr, ať u toho bití tolik neřve a trest bude celkově mírnější. Řídila se jeho radou a naučila se pláč zcela potlačit. V momentě trestu prožívala fyzickou bolest, nenávisť, vztek, bezmoc a agresi, lítost, všechno dohromady a navenek nevyšlo z toho nic, vše zůstalo uvnitř. V tomtéž věku 11 let ji začali cizí hoši venku používat jako objekt svých sexuálních her explorativního charakteru, jak se tak poeticky říká a ženy si tuto poezii často v sobě nesou celý život. Tato forma sexuálního zneužívání trvala jeden rok, protože potom se s rodiči paní Marie odstěhovala. Nikomu o tom neřekla, sice se jakoby nenápadně cosi snažila naznačit matce, ale ta nereagovala. Tedy v sobě celou záležitost, naplněnou pocity hnusu, bezmoci,

studu, viny a nenávisti k vlastnímu tělu, postupně zase uzavřela. Tento počátek její osobní obranné techniky uzavření a namětnání emocí se objevuje v přesné časové shodě s počátkem silných bolestí hlavy a prvních záchvatů migrény.

Když mi paní Marie o migréně vyprávěla, držela se nevědomky rukou zezadu na krku. Zaujalo mě, jak se pokaždé při tématu migrény za ten krk chytla. Ukázalo se, že když ji jako malou chytil záchvat bolesti hlavy, otec ji vzal zezadu za krk a nacpal jí hlavu pod tekoucí studenou vodu se slovy: „Tohle dělají hysterky, to se musíš odnaučit!“ Záchvaty migrény nabyly pro paní Marii punc nepatřičnosti.

Neuvědomované vzpomínky na fyzické tresty a sexuální zneužívání (obojí se dělo zezadu, za zády) se ukázaly jako klíč k další obtíži, kterou pacientka trpěla: fobie z dotyku cizí osobou zezadu, zvláště, když to byla nečekaná situace. Projevovalo se to i doma s blízkými lidmi a paní Marie z toho byla nešťastná. Doteky zejména v horních partiích zad a na krku byly zdrojem nepochopitelných reakcí pro pacientku i okolí. Na 8. sezení jsme se s paní Marií dohodli, že psychotherapeutický proces zkombinujeme se systematickou péčí naší fyzioterapeutky, tedy hlavně s formou kontaktní tělové práce. S fyzioterapeutkou byla učiněna dohoda, že její práce s pacientkou začne u nohou a zvolna bude postupovat po jednotlivých návštěvách směrem ke krku a hlavě. V momentě, kdy fyzioterapeutka pracovala již v horních partiích zad, doplnili jsme péči edukací manžela, který vlastně postupně kontaktní práci na kritických tělových partiích převzal. Efekt byl opravdu nevídaný, fobie z dotyku zcela vymizela a pacientka i zjevně změnila celkový postoj ke svému tělu.

Otec byl rozhodně až do své smrti nejvýraznější postavou života

paní Marie. Jeho transparentní jednání se nedalo přehlédnout. Avšak v druhé polovině psychotherapeutického procesu se objevil problém pro pacientku mnohem hlubší: jak v tom všem figurovala matka? Kde byla a proč mě nebránila? Co je to vlastně za člověka? Přes fázi dramatického nárůstu vzteku a agrese (která se nikdy v životě navenek neobjevila) vůči matce se paní Marie postupně dostala k zapracování matčiny postavy do celého rodinného mýtu. Ukázalo se, že matka figuruje i v dalším výrazném fenoménu života paní Marie, a tím je postoj ke smrti. Pacientku čas od času obtěžují obsedantní myšlenky na smrt a sebevraždu. Všimla si toho, že největší záchvaty migrény se odehrají v souvislosti s výročí úmrtí pro ni významných osob. Dramatické zhoršení migrény následovalo po tragické smrti syna před 5 lety. Paní Marie na veřejnosti nikdy neplakala, ani po smrti svého syna. Odejde do samoty, zavře se ve své mučednické místnosti, tam se vypláče a s uvolněním přichází záchvat, který trvá 3 dny. Tak se to odehrává čas od času při myšlenkách na otevřenou možnost sebevraždy s nutkavým obrazem skoku z mostu do řeky, anebo při zmíněných výročí úmrtí některého blízkého člověka. A teď zpět k matce. Občas spolu chodily na delší procházky samy dvě, povídaly si, matka často mluvila o otci, o tom, že paní Marie musí vydržet, aby ho nezlobila a nedráždila, jedině tak bude klid v rodině. Do toho však 3x přišel stejný zážitek. Zastavily se spolu na mostě, který vedl přes řeku, dívaly se do vody a matka hovořila s nepřítomným pohledem o tom, že kdyby spolu skočily dolů, měly by po starostech a trápení s otcem. Pro paní Marii to byly naprosto nesrozumitelné signály z matčiny strany, ale otevřená možnost absolutního konce se v ní pevně zakořenila a naplňovala ji

emocemi, které bylo potřeba opět krotit a příliš je neotvírat.

Jakési vysvobození z pohnutého dětství jí přinesl až vztah se současným manželem, svatba a přirozená separace od rodičů. Má velmi hodného a tolerantního muže, často se na sezeních divila, proč to všechno z minulosti potřebuje tahat na světlo, vždyť jí vlastně existenčně a vztahově nic nechybí. Nicméně sama sledovala, jak důležité pro ni je řízené uvolnění ventilu tlakového hrnce emocí. Od 10 sezení se zvolna začaly prodlužovat intervaly mezi záchvaty migrény a od 15 sezení se dostavil jednou za 3 týdny záchvat malý a jednou za 6 týdnů velký s aurou. Avšak i ten doznal podstatné změny, neboť trval „pouze“ 24 hodin. Paní Marie si jednou sama svou netrpělivostí přivodila prudké zhoršení, když náhle iracionálně (ačkoli je zdravotní sestra) vysadila veškerou medikaci. Chtěla si tímto rituálem potvrdit změnu k lepšímu. Následoval po týdnu veliký záchvat, který trval 3 dny a okamžité znovunasazení léků. Netrpělivost paní Marie patří k její osobnostní charakteristice. Je to energická žena, stále ve spěchu, stihne spoustu věcí. Řídí se zásadou svého otce: „Když něco dělám, musím všem předvést vynikající výkon a vybudovat si tak dobrou pověst.“ Je v podstatě pedant a perfekcionista, který neustále kontroluje své emoce, aby nesehal a navenek působil dojmem silného člověka.

Tedy výsledek? Migréna trvá dále. Změnil se však její charakter, výrazně se prodloužily intervaly relativní pohody, změnil se postoj paní Marie k ní a dle jejích slov „došlo ke zpracování jejího vnitřního kompostu“. V zásadě zůstala stejná, ale jak říká: „více teď sama sebe vidí a zná“. Celkově se jí výrazně ulevilo a od listopadu 2001 nestrávila ani jeden den

v pracovní neschopnosti. Prohloubil se vztah s manželem, nabyl nové kvality a velice se zpevnil. Z toho má paní Marie radost největší.

Obecné psychosomatické poznatky o migréně z psychoterapeutické praxe:

(můj názor, subjektivní pozorování)

1. Problém migrény se nejčastěji vyskytuje u pacientů, v jejichž struktuře osobnosti nápadně vidíme rysy pedanterie, perfekcionismu, akcentu na výkon, spěchu a netrpělivosti (viz paní Marie). Často to bývají lidé s tzv. utkvělými představami o tom, co se má a co ne, co jak navenek má být. Tito lidé si před sebe kladou dle těchto představ cíle, které vytvářejí jakéhosi vnitřního poháněče a velmi stěží je lze naplnit.
2. Existence vnitřního poháněče nedovoluje pacientovi spočinout v nečinném uvolnění, tedy v situaci odpočinku. Pokud po naměstnání podnětů a vnějších situací dojde k možnosti uvolnění, buď se ono uvolnění neuskuteční, anebo pouze s patřičným potrestáním za to, že nic nedělám. Trestem může být právě záchvat bolesti. (Všimněme si neděle jako dne odpočinku, který byl pro paní Marii Soudným dnem, dnem trestu.) Proto také migréna přichází ve fázi uvolnění a i fyziologicky se tak projevuje stahováním a roztahováním cév.
3. Problém migrény nejčastěji souvisí s obranným psychologickým procesem potlačení a vytěsnění, s následným městnáním afektů a

emocí. (Opět kasuistika paní Marie).

4. Aby bylo možné opravdu důkladně vytěsnit, je potřeba se naučit oddělení mysli od probíhajících emocí, tedy se vnitřně disociovat a spočinout v hlavě. Pacientky s migrénou mají neuvěřitelné systémy racionalizací, schématických vysvětlení, nikam nevedoucích algoritmů. Nejčastější odpověď na otázku: „Co cítíte?“ je NEVÍM nebo JÁ SI MYSLÍM, ŽE...
5. U problému migrény se podezřele často noří na světlo starý hermetický a mystický princip: Jak dole, tak i nahoře a jak nahoře, tak i dole. Sexualita

u pacientek s migrénou bývá obrovským tématem. A to ne pouze jen ve formě sexuality jako takové, ale i ve formě sebevnímání jako ženy, svého mateřství, schopnosti родit děti. (Z ambulance pro léčbu bolesti si pamatuji na dvě lékařky 40 let a 50 let, kdy jedna trpěla migrénou a druhá tenzními bolestmi hlavy. Obě byly nahoře bezdětné, ačkoli dole děti mít mohly, obě se nahoře rozhodly pro interrupci, když jim to dole selhalo. Obě měly přesně nahoře vysvětlené, proč jsou dole v sexu dysfunkční.)

HISTORIE OBORU

**Nemocí jsou stovky, pacient je vždy jen jeden;
zabraňme jeho fragmentarizaci.**

Honzák,Radkin

*SCIENCE: A force that made gods of us
before we had earned the right to be people.
Jean Rostand*

V postgalileovském období vznikají vědy jako svébytný a ideologicky nezávislý způsob zkoumání, poznávání a výkladu skutečností; jejich filozofií je pozitivismus, jejich snahou nalezení lineárně kauzálních souvislostí mezi zkoumanými jevy, na jejichž základech jsou schopné predikce. Pokud daná oblast neposkytuje místo pro hledání souvislostí (např. geologie), dominuje snaha po co nejpřesnější taxonomii. Za

ideální představitelku věd byla pokládána newtonská fyzika, která dokázala bez redundantních spekulací vysvětlit "jen" na základě gravitace pohyby ve sluneční soustavě a s neuvěřitelnou přesností předvídat postavení planet na desetiletí do budoucnosti.

Také medicína se toužila vymanit ze staletého dědictví Hippokrata, Galena a Íbn Síny a ze zavádějícího nánosu středověku, nicméně objekt

jejího zájmu - člověk - byl v té době ještě obdařen nesmrtelnou duší a církev neměla v úmyslu vzdát se své kompetence v této oblasti. Církev sice mlčky povolila pitvu mrtvého těla, smrtelné schrány nesmrtelné duše, dál ale ustupovat nehodlala a dala to srozumitelně najevo.

Začínající medicínské vědě pomohl tehdejší velký filozof René Descartes. Navrhl, aby se medicína věnovala člověku "jako rozumnému stroji" a starost o duši ponechala v kompetenci teologie a filozofie. Nemoc pak představuje poruchu tohoto rozumného stroje a lékař je odborník, který přichází, poruchu diagnostikuje a dle svých možností napravuje. Mechanistickému myšlení doby tato alternativa plně vyhovovala a medicína ji přijala za svou.

Tak byl položen filozofický základ **biomedicínského modelu**, který v praxi završil v roce 1858 pruský patolog Rudolf Virchow. Biomedicínský pohled dodnes do značné míry vnímá člověka jako rozumný stroj, jak vyplývá například z prohlášení: Jedna nemoc - jeden gen. Psychosociální vlivy nemají v této koncepci žádné adekvátní místo.

Od samého začátku vědecké medicíny je hlavní důraz kladen na "nemoc" a na její objektivní důkazy. Koncept nemoci tak začíná zastiňovat konkrétního pacienta, který se ve svých výpovědích může mýlit, může zapomínat, může zdůrazňovat nepodstatné okolnosti na úkor podstatných, může měnit své údaje jak podle svých představ o nemoci, tak podle jasných i nevědomých cílů. Pacient je zkrátka nespolehlivý element - jediné, na co je možné se spolehnout jsou objektivní nálezy.

Objektivních metod exponenciálně přibývá: od primitivního poklepu a poslechu, přes vyšetřování nejružnějších tělesných šťáv, detekci bakteriální či virové noxy, až po

zobrazovací metody. Toto zbožštění diagnostické technologie kritizoval již ve 40. letech minulého století americký internista Tinsey Harrison: "Rozmáhá se neblahý zlozvyk, že po pětiminutové anamnéze následuje pětidenní kartáčová palba vyšetřovacích metod v naději, že z laboratorního klobouku se nám podaří vytáhnout diagnostického králíka."

Šedesátá a sedmdesátá léta přinesla další rozvoj technologií a nastolila období heroické medicíny, pro níž se nezdálo nic neuskutečnitelného. Objevy genetiky, transplantace orgánů, eradikace neštovic a další úspěchy se zdály závat zapravdu nezřízenému vědeckému optimismu. Medicína jako by zapoměla, že jedním z jejích předních úkolů je pomáhat člověku v utrpení, se dále specializovala, superspecializovala a dehumanizovala. Umění naslouchat a umění pronést dobré slovo se nedostaly do žádných diagnostických a terapeutických algoritmů.

Všechny nesporné úspěchy biomedicínského přístupu přece jen trochu kalí skutečnost, že zejména lékařům v první linii kontaktu přibývá nemocných trpících poruchami a obtížemi, na něž není možné beze zbytku aplikovat pouze vědecká kritéria. Jsou to pacienti s funkčními poruchami, kteří mají mnoho subjektivních obtíží a stesků a velmi chudý až žádný objektivní nález.

Z diagnostických rozpaků, pod tlakem naléhání pacienta a někdy také z alibismu procházejí tito nemocní řadou specializovaných vyšetření a odborných konzultací. Čerpají čas (a trpělivost) lékaře, ekonomické zdroje, pracovní neschopnost a další lidský a ekonomický potenciál, přičemž se neúmyslně stávají zdrojem frustrace všech, kteří v dobré víře spolehli na technokratická řešení.

Fragmentarizace pacienta má své příčiny i následky; příčina je možné

vidět ve zbožštění diagnózy a v medicinizaci sociální patologie. Následkem fragmentarizace jsou stoupající náklady spojené s takto orientovanou péčí, ale i s péčí o ostatní pacienty. Tam, kde by byla namíste moudrá rozvaha, rozjíždí se, zcela v duchu Harrisonova povzdechu, kolotoč vyšetřovacích postupů, který málokdy přináší rozumné řešení.

Tyto neduhy včetně otrockého dodržování všech doporučených postupů kriticky postihl článek Johna Goodwina, otištěný v NEJM nazvaný **Geriatric a limity moderní medicíny**. (1) Autor je geriatr a zamýšlí se nad skutečností, proč moderní medicína neslouží dost dobře starým lidem. Geriatrictí pacienti jsou zrcadlem odrážejícím některé absurdity moderní medicíny.

Primární role diagnózy spočívá v požadavku nejprve stanovit přesnou diagnózu, aby bylo možné správně (kauzálně) léčit. Při současné technizaci medicíny, kdy je prakticky možné většinu nálezů vizualizovat, dostává se tento náročný aspekt mezi požadavky lege artis stanovené diagnózy. Jako příklad uvádí kasuistiku starého muže, který se těšil celkem dobrému zdraví a trápila ho jen tříselná kýla. Před plánovanou operací byla provedena serie vyšetření a radionuklidové vyšetření srdce ukázalo abnormní nález. To mělo za následek katetrizaci srdce, při níž byla prokázána kritická stenóza jedné věnčité tepny. Ještě před její operací byla provedena operace karotidy pro odstranění stenózy zde zjištěné (stenóza byla funkčně nevýznamná). Při této operaci nastala embolizace do mozku s následnou cévní mozkovou příhodou, která odložila plánovanou operaci srdce o 6 měsíců. Po roce byl pacient celkem v pořádku až na slabost a zhoršenou pohyblivost jedné poloviny těla. Jeho kýla zůstala

neoperována, protože vzhledem ke snížené pohyblivosti mu nezpůsobovala větší obtíže.

Za stejně nesmyslné a rizikové považuje radikální operace karcinomů prostaty, zjištěných na základě screeningových vyšetření PSA, které místo k úlevě, vedou k rozsáhlým poškozením jak funkční zdatnosti, tak z toho vyplývající kvality života.

Medicinizace (medikalizace) je kritizována již ve známé knize Ivana Illiche **Medical nemesis** (2). Její autor poukazuje na to, že téměř všechny aspekty lidského života, včetně těch „nejnormálnějších“ se dostaly do „rubriky“ tělesného nebo duševního zdraví: porod, výchova dětí, řešení problémů a strastí, kriminalita, smutek, ambice, všechny typy tělesných a psychických odchylek a také smrt. Tato skutečnost brání reálné možnosti využití osobní i kolektivní moudrosti a mnoho běžných životních aspektů se dostává pod kontrolu medicíny, která se vyznačuje biologickým determinismem a snahou po technickém řešení problémů.

Kromě „výroby“ nových nemocí (alkoholismus, různé závislosti) se medicína ve svém preventivním úsilí zaměřuje i na „proto-nemoci“, tedy stavy, které mohou, ale nemusejí vést k pozdějšímu rozvoji choroby. Ti, kteří se hlásí mezi kritiky medicinizace, nemusí být Ludditi a bourat stroje, protože braly lidem práci. Je nespornou skutečností, že léčba vysokého TK nebo osteoporózy předchází mnoha závažným komplikacím, zároveň však technologicky pojatá prevence v jiných oblastech může páchat škody. Ukázkou je např. již zmíněné plošné vyšetření PSA.

Role lékaře je v této situaci natolik technologizována, že se zapomíná na hlavní náplň tohoto povolání: zmírňovat utrpení. Většina klinických

lékařů má téměř obsedantní potřebu stanovit u své 80leté pacientku diagnózu artritidy, osteoporózy a počínající Alzheimerovy demence a tyto stavy intenzivně „léčit.“ Kontrastem proti takovému přístupu je stejně stará osoba, která si občas postěžuje, že jí pobolívají klouby a že má potíže s pamětí. Otázka, zda nemá ta druhá lepší kvalitu života, je jednoznačně zodpovězena: ANO. Přiměřená pomoc lékaře a dobrý přístup okolí pomáhá víc než vědecký expert.

Náklady spojené s péčí o staré lidi stoupají s technizací medicíny, kdy místo rodinného lékaře ošetřují pacienta desítky „expertů“ nabízejících zdání dokonalé technologie, která pochopitelně je velice nákladná a zatěžuje zdravotnické rozpočty, takže následně pojišťovny přestávají proplácet i řadu nezbytných úkonů. „Přeléčení“ 50letého pacienta je většinou nedbalost a plýtvání prostředky, ale „přeléčení“ 80letého pacienta představuje jeho vážné ohrožení. Medicína založená na vědeckých důkazech (Evidence Based Medicine) není laskavá ke starým nemocným: vychází z multicentrických, kontrolovaných, dvojslepých studií, jejich analýz a metaanalýz a přináší odpověď na technicky položené otázky. 75letý pacient se však v drtivé většině případů nevejde do takto definovaného „chlívku.“

„Nejvýznamnější zdroj, užitečný při péči o starší nemocné - dostatek času, empatie a komunikačních dovedností - není v požadavcích EBM vůbec zahrnut.“ (1)

Zdá se, že současná medicína si vzala příliš velké sousto. Jakoby se

samotná úleva v utrpení zdála příliš malým cílem. Ukázkou může být situace, která nastala po úmrtí Matky Terezy; řada komentářů vyzněla v tom smyslu, že za svého života nezasáhla „kořeny chudoby.“ Pouze pomohla několika jejím obětem. Víra v účinnost „zasahování kořenů“ hraničí s naivitou a lidem, kteří zasahují kořeny zřídka kdy zůstanou čisté ruce.

Řešením kritického stavu se jeví přijetí biopsychosociálního modelu, který více než o "eradikaci nemocí" uvažuje o "člověku ve zdraví a nemoci" a který je s to brát v úvahu psychosociální faktory stejně vážně, jako faktory biologické. Pro pacienta totiž nepředstavuje nemoc jenom virchowíánskou poruchu buněk, tkání, či orgánů (i když z primitivní podoby tohoto modelu vychází při požadavcích na léčbu na úrovni hraničící s magií), ale také subjektivní potíže, omezení, diskomfort a zhoršení kvality života, a to bez ohledu na to, jaké skutečné etiopatogenetické souvislosti jeho zdravotní stav má. Lékař by měl umět vyjít vstříc potřebám svého pacienta daleko ochotněji, než diktátu technokratické a byrokratické doktriny.

Literatura

1. Goodwin, J.S.: Geriatrics and the limits of modern medicine. NEJM, Vol.340, 1999, No.16, s.1283-1285
2. Illich, I.: Medical nemesis (The expropriation of health) Random House, New York, 1976, 294 s.

Praha - 8.12.2002

SOUČASNÉ TRENDY

Somato- psychický problém

Vladislav Chvála, Ludmila Trapková
Přednáška na psychosomatické konferenci v Plzni

Diskuse na stránkách Vesmíru již několik let ukazuje jakousi bojovou linii mezi tradicionalisty (či fundamentalisty) a postmodernisty. Mohlo by se zdát, že jde o podobný názorový střet jako třeba mezi Mladočechy a Staročechy, prostě generační problém. Z pohledu našeho pracoviště jde ale o víc než o prostou generační výměnu. Konflikt souvisí s proměnou pohledu na svět a má, jak jinak, mocenský význam celospolečenského dosahu. Není divu, že ekonomické problémy medicíny hýbou současným světem. Podle našeho názoru si jejich řešení může vynutit revoluční změnu v biologických vědách.

Vývoj evropského myšlení na konci 20.století znovu dospěl k možnosti podívat se na nemoci člověka jinak než jen prizmatem somatické medicíny na jedné straně nebo psychologie na straně druhé. Odlišné způsoby nazírání v obou těchto disciplínách prohloubily propast mezi tělesnou a psychickou stránkou života, mezi tělem a duší tak, že je téměř nemožné ji překonat. Čas od času se o spojení těla a duše pokouší vždy znovu povstale psychosomatické hnutí v medicíně, aby byly jejich zkušenosti po přechodné vlně zájmu zase zapomenuty. Je tomu víc než sto let, co byla založena (v r.1885) Richetem a Charcotem Societe de Psychologie Physiologique v Paříži. Od r.1890 vedl Piere Janet laborator výzkumu fyziologické psychologie a

dodnes stojí výsledky bádání tohoto pracoviště v základu našich psychofyzických vědomostí. Máme v tomto směru nač navazovat, když vezmeme v úvahu práce zmíněného Piere Janeta a jím ovlivněného Freuda a Breuera, Junga, Adlera, Piageta, Reicha a dalších.

Sebeorganisace, symptom, externalizace

Organismus je sebeorganisuující se systém, pro jehož existenci je nezbytné být součástí vyššího sebeutvářejícího se celku. V případě lidí jsou nejpodstatnější vztahy s bezprostředním sociálním okolím. Organismus sám je od počátku až do konce generátorem změn, růstu, a proto i symptomů. Symptomy jsou jednotlivé jevy vytvářené organismem jako znaky, dostupné pozorovateli, který je rozlišuje, třídí a na základě zkušenosti a konvence část z nich považuje za nepatřičné. Ty označuje za příznaky nemoci a jako takové se mohou stát důvodem k léčbě, speciální interakci sui generis.

Pro pochopení somato-psychického problému je třeba rozlišovat dvě zcela odlišné oblasti fenoménů. Jedna z nich obsahuje jevy materiální povahy, které lze zkoumat klasickými prostředky fyziky a chemie, druhá oblast je tvořena virtuálními jevy, které lze identifikovat pouze jako myšlenové konstrukce, jazykové fenomény, sociální interakce atd. Zatímco první skupina jevů nám při

svém objevování poskytuje jistotu, lze si ji opakovaně ověřovat, lze na ní stavět, jevy druhé oblasti, i když jsou pro poznání světa nepostradatelné, nás svou neuchopitelností, nejasností, neověřitelností... znejistují. V místě dotyku obou sfér spočívá celá záhada somatopsychického problému. Jak se to děje, kde končí tělo a začíná mysl? Jak se vzájemně dotýkají? Záhada o to větší, že zdánlivě jasnou oblast hmotných fenoménů nemůžeme vůbec bez zprostředkování myslí popsat a pochopit. Tedy to, co je jasné a pevné, protože hmotné, nemůžeme vůbec vnímat bez zprostředkování tím, co je tak nejisté a neměřitelné, onou oblastí nehmotných fenoménů nazývanou myslí.

Pokud symptom představuje odchylku tělesné formy (nádor, výrůstek), funkce (vysoký tlak krve, změny regulací), nebo lze objevit v organizmu něco, co tam nepatří (bakterie, viry, priony, kamínek...), je poměrně snadné to v jazyce externalizovat, odlišit od ostatního těla a označit za příčinu tělesné nemoci. V případě, kdy symptomy nejsou doprovázeny změnami struktury, funkce nebo nelze-li nalézt nic cizorodého, je obtížné symptom externalizovat, oddělit od ostatního „zdravého“ organismu. Může jít o projevy v chování, myšlení, vnímání, zkrátka vše, co nemá natolik hmotnou povahu, aby to bylo možné změřit či zvážit. Dnes již nikoho nenapadne zaměňovat hardware se softwarem a také nikdo netvrdí, že software neexistuje jen proto, že je *jen pouhým textem*. Každý také již díky samozřejmosti výpočetní techniky ví, že jedno bez druhého postrádá smysl. V závratné zkratce jsme mohli pozorovat typický příklad koevoluce počítačů a softwaru.

Skupinou symptomů, které lze obtížně externalizovat, se somatická medicína nerada zabývá. Vyčlenila

pro ně ze svého středu specialisty, psychiatry, kteří přes svou převážně somaticky orientovanou přípravu zabývají jevy, které lze vyjádřit spíše jako text, než jako měřitelné fyzikální skutečnosti. Není divu, že snaží se pro ně nalézt somatická vysvětlení. Jinými cestami vznikla psychologie jako výzkum psychiky (William James, 1890) a ještě jinak psychoterapie (Hippolite Bernheim, 1891) jako způsob léčby, ovlivňování symptomů psychologickými prostředky. V této druhé skupině jevů psychické, nehmotné povahy je mnohem obtížnější provést externalizaci. Skutečně, jak oddělit něco, co není viditelné. Proto vzniklo velké množství nástrojů terapeutických škol a teorií, které usnadňují externalizaci, a tím i vyléčení. Snadno lze takové postupy objevit u šamanismu, nebo u narrativní terapie (Epston a White), méně snadno třeba v psychoanalýze.

Organismus- supraorganismus

Soustava organismus-supraorganismus při svém pohybu, růstu, vytváří symptomy. Na popis tohoto pohybu nestačí zjednodušující představy mechanické fyziky. Ještě donedávna jsme neměli k dispozici jiný teoretický aparát. Matematické modely skutečně živých soustav nebyly možné. Zvykli jsme si živou skutečnost zjednodušovat a popisovat jazykem vědeckého zkoumání jen to, nač stačil. Přitom je zřejmé, že organismus, v němž probíhají v každém okamžiku biliony pochodů na mnoha úrovních, kde dochází k neustálé výměně všech buněk, které jsou současně vzájemně propojeny do smysluplného celku, nemůže být podobný sebesložitějšímu stroji. Tak velké množství simultánních akcí si můžeme představit jedině jako chaotický proces neustálých proměn, výsledkem jehož sebeorganizace je překvapivě stabilní soustava, z

termodynamického hlediska daleko od rovnováhy (Prigogine), to znamená neustále si vyměňující energii s okolím.

Takový proces představuje individuum projevující se pozoruhodnou stabilitou znaků příslušnosti k danému druhu, kooperující s ostatními individui a vytvářející supraorganismy, které jsou neodmyslitelným prostředím pro existenci jednotlivce. Pokusit se popsat fungování takového celku daleko přesahuje možnosti našeho jazyka a myšlení. Proto je každý popis zjednodušující. Domníváme se však, že zjednodušení nesmí jít za jistou mez, za kterou se ztrácí smysl pro celek, máme-li porozumět tomu, jak sami do složité situace zasahujeme. Z principu neškodit, na který jsme jako lékaři přísahali, nemůžeme se dát odradit složitostí skutečnosti s níž profesionálně zacházíme. V době, kdy nové matematické prostředky umožňují popsat tak komplikované systémy jako je počasí, turbulence, nebo chování subatomárních částic, nemůžeme na půdě biologie neustále argumentovat aparátem poplatným myšlení minulého století, jen proto „že skutečnost je příliš složitá“.

Máme dost znalostí k tomu, abychom mohli uvěřit, že organismus sám je generátorem symptomů. Umíme popsat, jak jednotlivé symptomy hmotného těla vznikají, od genové úrovně, přes tkáňové až po orgánové regulace. Na jedné straně nás překvapuje, jak obrovské jsou reparační schopnosti živého organismu a na druhé straně jsme bezmocní nad banálním minerálovým rozvratem nebo virovou infekcí, zdánlivě předčasně ukončující individuální život. To, co však nás skutečně vysiluje, jsou zástupy nemocných s nezvykle dlouho udržovanými příznaky chronických chorob. Především tato skupina prověřuje naše vědomosti, teorie a hypotézy o nemocech.

Obecný koncept nemoci

Domníváme se, že je třeba přijmout obecnější koncept nemoci, který by zahrnoval jak choroby s převahou tělesných symptomů, jež lze dobře externalizovat, tak nemoci s obtížně externalizovatelnými symptomy. Nikoli tedy zvláštní teorii pro nemoci psychosomatické a jinou pro nemoci somatické. Nevýhoda takového dělení je zřejmá: jediné somatické nemoci jsou považovány za skutečné, protože lze ukázat na poruchu hmoty. Důsledek pro výzkum a léčbu je tragický: to co neumíme externalizovat - nemoci považované za neskutečné, si vyžadují o to více naší pozornosti oč méně jsme jí ochotni jim dát. Náklady, které si nakonec vyžádají jsou až příliš skutečné.

Individuální organismus generuje v každém okamžiku své existence soubor symptomů, které nabízí okolí ke komunikaci. Zdroje jsou velmi pestré: od exprese symptomu z genu, přes buněčné či tkáňové regulace nebo regulace na úrovni orgánů a celých soustav až po intrapsychické a sociální interakce. Jinak řečeno od všech možných somatických symptomů, přes psychosomatické a psychické až k projevům chování. To všechno lze zahrnout do oblasti fenoménů nazývané kreativita, tvořivost.

Bohatým zdrojem projevů organismu je nervová soustava. Ta produkuje neuvěřitelná množství stavů, což je podstata její funkce. Tento virtuální svět simulovaných funkcí (zvláště po rozvoji jazyka jako nástroje specificky lidské komunikace), je označován za oblast duševních fenoménů. Přínosem moderního výzkumu myšlení z okruhu H.Maturany a F.Varely je pochopení, že obě tyto oblasti jevů jsou si vzájemně prostředím, jsou strukturálně koevolučně svázány, jedna tvoří

prostředí pro vývoj druhé a naopak. To je příčinou jejich neoddělitelnosti a současně fatální neslučitelnosti obou oblastí fenoménů. Ta se stala tvrdým oříškem pro lidskou mysl snažící se přijít všemu na kloub. Pokusy o rozluštění psycho- fyzické záhady vedly nakonec k rozdělení péče: jiní se starají o tělo jiní o duši člověka. Hlavní důvod k rozdělení leží v nás: chtěli bychom obě oblasti poměřovat stejným metrem. To není z principu možné. A v tomto okamžiku se stává somato - psychický problém problémem mocenským. Pravdu má většina a ta ve výzkumu dává přednost bádání v oblasti hmotných fenoménů, protože je to snazší, jistější, spolehlivější. Laboratoře jsou plné přístrojů na zobrazování a měření této skupiny jevů, kdežto ke zkoumání oblasti virtuálních fenoménů máme k dispozici jen vlastní mentální aparát, jehož rozvoj limituje naše vidění v této oblasti.

Velká většina všech projevů organismu, ať fyzických či psychických, se pohybuje v pásmu tzv. normy, další ji přesahují, ale nejsou pozorovány a proto zůstávají jen latentní možnosti. Část těchto znaků je součástí tělesné struktury, jiné jsou v oblasti chování nebo prožívání. Dalo by se říci, že se vyskytují v oblasti pozorovatelného spektra fenoménů. Záleží pak na pozorovateli, jakou má optiku a co bude vyzdvíženo do oblasti vědomé komunikace a co zůstane neuvědomované či latentní.

Vztah symptomů k růstu organismu je klíčem, podle kterého se medicína pacientovi věnuje. Pokud některý z příznaků (na základě zkušenosti) hrozí omezením růstu nebo zánikem individua, nebo v poslední době i jen snížením kvality jeho života, dostává se zpravidla do centra naší pozornosti. Paradoxní je, že vlastnímu růstu, pohybu individua v sociálním poli, věnujeme v medicíně

pramalou pozornost. Člověk nemůže vzniknout mimo sociální komunitu a je její součástí stejně tak jako ona je součástí individua. Fenomény růstu a vývoje u člověka je třeba vidět jako pohyb celého sociálního pole, kde jednotliví členové systému jsou si prostředím pro růst: otec pro matku, matka pro dítě, dítě pro matku atd. Jejich vzájemná koevoluční svázanost je obdobná té, kterou vidíme oblastí tělesných a psychických fenoménů. Nemohou jeden přecházet v druhý, jsou však na sobě fatálně závislé: vzájemně si vytváří prostředí, ve kterém realizují svůj vlastní (autopoetický) růst jako sebestvoření. To se odehrává v napětí mezi vnitřní sebeorganizující instrukcí (genomem) a zevním prostředím, u člověka především sociálním. Tedy mezi nutností a náhodou, jejichž neustálá hra je zdrojem vývoje. Sociální prostředí vytváří přitom pro růst individua stále se vyvíjející matici, virtuální supraorganismus, jehož nejpodstatnější části leží v oblasti neměřitelných fenoménů. Tak jako existuje psychofyzický problém na bariéře mezi tělesným a psychickým v jednotlivém organismu, na další úrovni leží na hranici mezi jednotlivcem a sociálním prostředím.

Evoluce má tak své pokračování po překročení biologicko-sociální hranice: již nejde o přežití jednotlivých živočišných druhů, ale o životaschopnost jednotlivých rodů a větších sociálních celků operujících ve společné níc: v daném sociokulturním prostředí. Umíme již rozeznat zpětnovazebné mechanismy překračující celé generace. Některé výchovné strategie a životní styly podporují růst a rozvoj dalších generací, jiné vedou ke stále slabší životaschopnosti a snížené plodnosti. Porozumět těmto procesům vyžaduje znovu porozumět psycho- fyzickému vztahu. Zabýváme se vlivem životního

prostředí na spermatogenezi, ale co víme o vlivu zneužívání dětí na plodnost další generace? Mluvíme o vyčerpání energetických zdrojů planety, ale co víme o vyčerpání psychických zdrojů nových generací o jejich touze přežít?

Jak rozumíme my lékaři tomu, jak se k sobě vztahují oblast materiálních jevů s oblastí jevů psychických a sociálních? Nenutí nás snad rozsah potřebných vědomostí do specializací, které jen dále znemožňují porozumět celku? Jsou-li symptomy součástí komunikace, záleží na tom, jak komunikujeme. To však považujeme natolik za samozřejmost, že se tomu neučíme. Stačí se podívat na definování obsahu výkonů komplexní, cílené a orientační vyšetření lékařem v jakémoli oboru: psychoterapie je zde uvedena mezi dalšími dvaceti úkony a všechno dohromady se vejde podle autorů do příslušných časových limitů. Většinou lékařů jsou tyto limity považovány za hrubě nadhodnocené. Co si tedy vlastně představují naši lékaři pod pojmem psychoterapie po padesáti letech ideologického vyhlazování informací z této oblasti?

Individuum a sociální okolí

Klíčem k pochopení nemoci je vztah mezi individuem a jeho prostředím. Řekli jsme, že každý jednotlivý organizmus v rámci své autopoiesy tvoří bohatou nabídku symptomů - projevů. Je to neustálý proces vznikání, zanikání a kolísání, růstu a odumírání, pod vlivem vnitřních i vnějších okolností. Všechno to, jak se organizmus projevuje, je okolí k dispozici. Tyto znaky jsou okolím čteny a interpretovány. To, co je považováno za znaky správného růstu, je okolím vítáno a posilováno, odchylky od tohoto pohybu jsou potírány, likvidovány. Jde nejen o jevy z

oblasti materiálních jevů, ale čím dál více také o jevy z oblasti virtuální („správné chování“, „správné myšlení“ v procesu výchovy a vzdělání, morální a etická pravidla, náboženství..). V jiné společnosti mohou být protěžovány jako „správné“ jiné znaky. Tak působí bezprostřední okolí jako matrice, do které individuum vrůstá a kterou svým růstem proměňuje. To, čemu říkáme nemoc, ať tělesná či duševní, vzniká vždy na hranici mezi fyzickými a psychickými jevy, v interakci mezi individuem a společností. Navíc **jediným médiem, ve kterém se můžeme o nemoci domluvit je jazyk.** To zásadně ovlivňuje celou oblast jevů, které říkáme léčení.

Některé z projevů považujeme za patologické a ty tvoří náplň medicíny, mohou se stát důvodem k léčbě. Zachytíme-li je brzy po okamžiku vzniku, máme příležitost léčit akutní chorobu. Pokud tyto projevy vstoupí do regulace suprasystému, rodiny, lékařů, školy atd., hrozí, že se stanou zdrojem organizace vyššího řádu (G.Bateson). To je okamžik při kterém se mění akutní choroba v chronickou. Typickým příkladem je vysoká glykemie zjištěná u dítěte, záchvaty mdlob, teplot nebo projevy alergie. Takové symptomy mají velkou tendenci kolem sebe organizovat systém, jehož součástí jsou kromě členů rodiny neřídka i zdravotníci. Suprasystém pak zpětně může symptom omylem udržovat. Nemocí v tomto smyslu se může stát i příznak růstu organismu, pro který není v sociální „matrici“ místa, nebo odpověď. Už první projevy sebeprosazení u dítěte ve třech letech působí velmi často v rodině problémy. Jak často v praxi vidáme projevy panických atak nebo depresí tam, kde je růst jedince potřebami ostatních utiskován. Sociální prostředí vytváří silové pole, které je zdrojem individuálních emocí, interakcí a ve svém důsledku spouštěčem

tvorby nových a nových možností-symptomů.

U chronické nemoci vůbec nejde o to, jak bylo původního symptomu organismem dosaženo. Spouštěcí mechanismus již neleží uvnitř organismu ale vně, v systému kolem něho. Externalizace podle Epstona a Whitea umožňuje tuto skutečnost reflektovat bez obviňování jednotlivých členů systému.

Symptom si v chaotickém systému představme jako vír na vodní hladině: "zdánlivě jasná struktura není nic pevného, jde o neustálý proud proměňující se vodní masy. Stálost je jen iluzí. Stejně tak každý symptom v organismu: má své kolísání a je proměnlivý, fluktuující v proměnlivém, vpravdě fluidním organismu. Necháme se snadno zmýlit zdánlivou stabilitou schématu lidského těla. Mechanické představy trubek, kladek a pák nás nutně zavádějí, jsou platné jen na mrtvém těle. V živém nelze jinak, než symptomy pociťovat, prožívat a hodnotit, komunikovat o nich s druhými a v tom okamžiku již nikdy nejde o symptom sám, ale komunikaci o symptomu, kde dominujícím médiem se stává jazyk. Komunikací se symptom proměňuje. Pociťujeme ho jako závažnější nebo méně ohrožující, než jsme čekali. Záleží na každém gestu, na každém slovu lékaře. To samo má vliv na míru úzkosti organismu, která snižuje využití regulačních pochodů organismu. Soustředění se na „patologické chování“ toto chování dále posiluje a naopak. Pokud toto pomíneme, jak chceme pochopit takové jevy jako je léčba homeopatická nebo akupunkturní?

Přirozená fluktuace symptomů vlastně umožňuje léčbu pomocí externalizace i v těch případech, kde nelze symptomy oddělit jednoduchou mechanickou cestou, jak tomu bývá u somatických chorob. Posilováním

pozitivní deviace se proměňuje chování systému i v takových případech jako jsou chronické teploty, pomočování, únavový syndrom, nebo alergie. Tato zkušenost nás vede k naléhavé otázce, jak je tomu v opačném případě, kdy se soustředíme naopak na negativní deviaci, patologii. Neposiluje se tím patologické chování systému? Neleží zde zdroj neustále se zvyšujících nákladů na zdravotnictví v moderních společnostech? Jak je to s člověkem, který v určitém období ve svém životě trpěl astmatem, když musí chodit stále na další a další kontroly v očekávání, kdy to zase vypukne?

Závěrem

Posun v myšlení způsobený novými objevy, novými matematickými možnostmi na konci dvacátého století je vzrušující a umožňuje přijmout nový postoj k psycho- fyzickému problému. Už není třeba bojovat za jedinou doktrínu, co bylo dříve, zda duch či hmota. Radikální konstruktivismus nabízí možnost systemického chápání tohoto problému. Jedno je prostředím pro druhé ve vzájemné koevoluci aniž v sebe mohou přecházet.

Má to pro nás velmi praktické důsledky. Nečekám, že se všichni pustíme do studia složité teorie chaosu, nebo dissipativních struktur Iliji Prigogina. Patrně se již nemůžeme stát polyhistory jako za dob renesance. Zůstaňme klidně specialisty, **odložme však zbraně a v klidu a se zvědavostí se otevřme jeden druhému: biolog filozofovi, lékař psychologovi, psychiatr psychoterapeutovi a obráceně. Naše potence je ve spolupráci, duši s tělem můžeme spojit znovu jedině vzájemnou nediskvalifikující kooperací.** Nemusíme se toho bát, žádný ideolog nás už nehlídá, jedině, čeho je třeba, je poctivost ve vztahu k praxi, úcta k vědomostem a

profesionalitě, úcta k životu a připravenost ke změně. Nejde o to, kdo má pravdu, ale o to, jak bude postupovat koevoluce věd zabývajících se oblastí materiálních fenoménů s

vědami zabývajících se oblastí nemateriálních jevů. Zúženo na oblast medicíny to znamená koevoluci věd biologických a společenských.

PRIHLÁŠKA

Konferencia Psychosomatika , Pezinok 5. – 7. júna 2003

Priezvisko, meno:.....

titul:.....

Kontaktná adresa:

Telefón, fax :

e.mail:

Účasť: aktívna - pasívna (zakrúžkovať)

Názov prednášky (uviesť aj spoluautorov):

Mám záujem o ubytovanie : v nemocnici - v hotelovom zariadení (zakrúžkovať)

Rezervácia ubytovania: zo 4.6. na 5.6. áno - nie

5.6 na 6.6. áno - nie

6.6. na 7.6. áno - nie

Presnejšie informácie o ubytovaní, doprave a pod. budú uvedené v programe.

Prosíme každého prihláseného účastníka, aby prihlášku odoslal **najneskôr do**

30.4.2003

na adresu:

Sekretariát Pinelovej nemocnice, Malacká 63, 902 18 Pezinok

tel.: 033/ 6482 101 fax: 033/6413 280

e.mail: belkova@pnpp.sk

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku v medicíně

Vydává SKT Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10
Chvala@sktlib.cz