

<p>číslo 6</p>	<p style="text-align: center;">PSYCH@SOM</p> <p style="text-align: center;">PRAŽSKÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ INSTITUT POBOČKA LIBEREC PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI A OSTATNÍ ZÁJEMCE</p>	<p style="text-align: right;">Ročník II/2004 ISSN 1214-6102</p>
<p>OBSAH</p>	<p>EDITORIAL 242</p> <p>CHVÁLA V.: JAK NÁS ASI VIDÍ OSTATNÍ? 242</p> <p>POLITIKA, KONCEPCE 244</p> <p>INFORMACE O MOŽNOSTI ZÍSKAT OSVĚDČENÍ O PSYCHOSOMATICKÉM VZDĚLÁNÍ 244</p> <p>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 245</p> <p>IPVZ PRAHA: ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY Č.222016 18.-19.2.2005 245</p> <p>ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ 247</p> <p>KRTIČKOVÁ KATEŘINA: ONKOLOGICKÝ PACIENT JAKO SOUČÁST RODINNÉHO SYSTÉMU 247</p> <p>KAZUISTIKY 253</p> <p>PHDR. JIŘÍ RŮŽIČKA: LÉČBA DLE PRINCIPŮ „DASEINS“ – KAZUISTIKA - ČÁST DRUHÁ 253 Intimita a „být osobou“ 265</p> <p>SOUČASNÉ TRENDY 279</p> <p>THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL 279</p> <p>4.3.2 Mechanický a sémiotický model: stroj a živoucí systém 279</p> <p>4.3.3 „Dvoustrannost“ znaku ze sémiotického hlediska 281</p> <p>4.3.4 „Dvoustrannost“ znaku z hlediska systémové teorie 282</p> <p>4.3.5 „Dvoustrannost“ znaku z lékařského hlediska 283</p> <p>4.3.6 Překonání dualismu „ruky“ a „slova“ 284</p>	
<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>Uzrálo dne 15.12.2004</p>
<p>Redakce</p>	<p>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, nebo ke čtení na www.psychosomatika.cz</p>	

Chvála V.: Jak nás asi vidí ostatní?

Mezi námi zastánci psychosomatického vidění světa je možno často slyšet stížnosti na to, jak to máme těžké, když nechceme vidět pacienta jen jako porouchaný stroj, když nechceme fungovat jen jako dealeři farmaceutických firem. Míváme pocit, že nás ostatní kolegové nechápou, mají nás za podivíny, kteří se s pacientem vybavují, místo aby postupovali jasně a rychle podle doporučeného postupu, rozdali léky a šli z práce včas domů. Když si pak přečtete v časopise Vesmír (č.83, XI/2004) ostrý výpad Václava Hořejšího na významného českého vědce, matematika, profesora Petra Vopěnku za to, že si dovolil ve své inaugurační řeči u příležitosti udělení ceny Vize 97 použít slova jako astrologie či homeopatie, byť jen jako příkladu apriorního soudu do sebe uzavřeného světa naší vědy, můžete propadnout skepsi. Jak dlouho nás budou tím primitivním materializmem ještě týrat ti mocní muži vědy? Jak můžeme být slyšeni vědeckou komunitou se svými zkušenostmi z lidského světa našich pacientů, když už i profesor matematiky Vopěnka je označen veřejně za hlupáka (totiž navržen Hořejším na cenu Učené společnosti AV ČR Bludný balvan) jen proto, že užije slov, kterých se jeho méně vzdělaní kolegové štítí?

Někdy podléháme představě, že rozumíme těm zbloudilým pacientům víc než ostatní kolegové a snad proto jim vycházíme více vstříc v naději, že přestanou stonat. Nedávno jsem byl donucen se na to podívat také jinak. Představil jsem si, co asi někteří naši pacienti říkají ostatním kolegům o léčbě u nás, pokud je také někdy navštíví. Mám na mysli ty z pacientů, kteří trvají na svém osobním slovníku, kterým popisují své stesky bez jakéhokoli náhledu na psychosomatické souvislosti. To přivádí k šílenství nejen poctivé somatické lékaře, ale také psychologicky vzdělané psychoterapeuty. Pacientka třeba trvá na tom, že má strašlivou kyselost a hořkost, všechno, co vezme do úst, je tak hořké. Všechno co sní, dělá s ní podivné věci, které pak barvitě popisuje. Už víte, že žije ve svých padesáti letech osaměle, má dva syny, o kterých neví ani kde bydlí, natož aby jí ukázali vnoučata, ne že by o ně neměla zájem, ale snachy o ni nestojí. Se svými somatickými stesky si takové věci nespojuje, a pokud se to vůbec dozvíte, pak jen jaksi mimochodem bez naděje na pochopení, v jaké situaci její tělo je tak „zahořklé a zakyslé“. Když tedy po čase rezignujete na možnost posunu významu v jejím slovníku, a když vydržíte fakt, že se po ničem z toho, co podáváte nebo navrhuje, nezlepší, vznikne vztah, ve kterém vám může důvěřovat více, než jiným lékařům a všechno, co řeknete považuje za svaté. „Co bych si bez vás počala, pane doktore.“ Není nic platné, že poukazujete na zřejmý fakt, že se vůbec nevyléčila, ani její hořkost ani kyselost nezmizela, nemluvě o ošklivých hlenech a páchnoucí stolici, o kterých vám pokaždé úporně vypravuje. Stačí,

že sem může chodit na jehličky (které sotva mohou mít evidence based validitu), jediné léky které snáší jsou homeopatické léky, na všechny ostatní má neuvěřitelné reakce, které medikaci prakticky znemožňují. Ostatně ani homeopatika nejsou bez rizika, musí je brát po svém, jednu granuli za týden, jinak je zle ať v nich něco je nebo není. A kdybych uměl vykládat z karet a řekl jí, že vidím dva kluky a smutek, a že jsou tam nějaké děti, ale nevím, co si o tom myslet, a že budoucnost není tak černá, protože další karta je srdcový král, takže kdoví, jestli by neměla zajít na nějakou tancovačku, možná bych pro ni udělal líp, než když jí budu dávat nálepku hraniční poruchy osobnosti bez naděje na léčebný úspěch. Je to patrně docela jedno, rozhodující je, že nenastal posun v její ale pouze v mé hlavě, možná je díky tomu snesitelněji nemocná nebo zdravá, jak chcete. Ale když tahle paní přijde ke svému praktikovi, odmítne jeho léky a vyloží mu, jak ji léčíme, co si asi o nás pomyslí?! Že jí dáváme veratrum, nebo arsenicum album? Nejspíš, že ji balamutíme nebo jsme se sami zbláznili. Co je to platné, že máme nějakou bio-psycho-somatickou představu o tom, jak tahle paní stoná. Pro kolegy jsme šarlatáni. Neměli bychom jim to mít za zlé. Jeden dobrý kolega mi po pacientce, kterou bylo těžké vyléčit, stejně jako jen zastavit v nepřetržitých stížnostech, poslal na papírku vzkaz, zda bych mu laskavě nevyložil, jakou nemocí že to jeho pacientka stoná, když prý jsem určil diagnosu lachesis. Musel jsem se tomu smát a tak jsme spolu zašli na pivo.

Nevím, jestli může vydávání bulletinu Psych@som pomoci v dorozumívání s ostatními kolegy, na to máme zatím málo čtenářů a slabou odezvu, všichni mají tolik práce... Každopádně v tomto čísle pokračujeme v rozsáhlé daseinsanalytické kasuistice Jiřího Růžičky, pro ty z vás, kteří byli zvědaví, jak to dopadlo s pacientkou s collitis ulcerosa. Jak by asi popsali tento případ jiní pozorovatelé, zastánci jiných konceptů? V další části překladu Uexküllova textu o psycho-somatického problému se dozvíte, že i v Německu je situace podobná. I tam existuje odborná obec rozdělena ve dvě: na mistry ruky a mistry slova. Když budu citovat přímo: „*Na jedné straně existuje somatická medicína, která vykládá tělo podle biomechanického modelu a ošetřuje jej přímými nebo nepřímými manipulacemi. Na straně druhé máme psychologickou medicínu, která se o biomechanicky vykládané tělo nestará a pro své intervence používá duševní fenomény, které interpretuje podle zcela jiného modelu.*“

Dnes začal advent. Možná bude nejlepší připravit se na konec roku.

POLITIKA, KONCEPCE

Informace o možnosti získat osvědčení o psychosomatickém vzdělání

Přibližně před rokem se na stránkách Psych@somu objevila úvodní informace o možnosti získat osvědčení o psychosomatickém vzdělání v IPVZ Praha. V rámci X. celostátní konference Psychosomatické medicíny v Liberci v září 2004 byla zájemcům podána již širší informace o nové možnosti získat osvědčení. V současné době platí zákon č. 95/2004 sb., který stanovil specializační obory v nichž je možno získat atestaci. Není reálné usilovat nyní o zařazení psychosomatické medicíny mezi atestační obory. Osvědčení o psychosomatickém vzdělání představuje v současné době řešení pro ty, kteří mají zájem o ucelené vzdělání v této oblasti. Od 1. března 2004 byl ředitelem IPVZ Praha MUDr. Antonínem Malinou, Ph. D., schválen vzdělávací program Psychosomatická medicína. Program je určen pro vzdělávání lékařů.

Absolvování tohoto programu a splnění dalších předpokladů vede k získání zmíněného osvědčení. Program spočívá mimo jiné v řádném absolvování kurzů, které pořádá IPVZ (Katedra psychiatrie) v posledních letech 2x - 3x ročně. Jejich termíny a program je v předstihu pravidelně uveřejňován v Psych@somu, základní informace v podobě anotace je na www.ipvz.cz a tiskem vychází souhrnně ve Zdravotnických novinách. Dále pak je součástí programu absolvování odborné stáže v rozsahu 5 dní v roce. První stáž proběhla v době od 29. 11. do 3. 12. 2004 v Denním sanatoriu na Horní Palatě v Praze. Předpokládá se, že absolvovat celý program bude možno za 3 roky (5 dní kurzů a 5 dní odborné stáže ročně). Dalším předpokladem je ukončení akreditovaného psychoterapeutického výcviku a získání atestace v některém z klinických oborů (psychiatrie není podmínkou). Podrobněji jsou požadavky uvedeny v materiálu „Specializační náplň v oboru Psychosomatická medicína“, který je k dispozici u autora této informace.

V současné době zbývá dořešit jeden konkrétní krok a sice, zda uchazeč se na počátku bude formálně do programu hlásit, aby byl veden obdobně jako je tomu u atestační přípravy. Zájemcům o osvědčení by tento nedostatek neměl vadit, neboť absolvované kurzy, odborné stáže lze uznat i zpětně. Zkušení pracovníci v psychosomatice budou moci na základě výjimky požádat o udělení osvědčení přímo.

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.
e-mail: beran@fnplzen.cz

V Plzni 13. 12. 2004

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

IPVZ Praha: Úvod do psychosomatiky č.222016 18.-19.2.2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	MUDr. Alena Večeřová- Procházková	Farmakoterapie a psychoterapie u psychosomatických pacientů II.
10:45-12:15	MUDr. Alena Večeřová- Procházková	Farmakoterapie a psychoterapie u psychosomatických pacientů III
13:45-15:15	Doc. Karel Balcar	Psychoterapie a psychosomatika
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	Doc.MUDr.Radkin Honzák	Transakční analýza a její možnosti v psychosomatice I.
10:45-12:15	Doc.MUDr.Radkin Honzák	Transakční analýza a její možnosti v psychosomatice II.
13:45-15:15	MUDr.Dr.Mgr. Jaroslav Kašparů	Moje zkušenosti s psychosomatickými pacienty
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz



ÚSTAV PRO HUMANITNÍ STUDIA V
LÉKAŘSTVÍ

1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
přednosta prof. PhDr. Jan Vymětal
Faustův dům
Karlovo nám. 40, 128 00 Praha 2
Tel./fax: 224921694

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

pozdravuji Vás a informuji, že náš ústav spolu s Psychiatrickou klinikou FN UK v Plzni připravuje již **páté** minisymposium na téma:

**Psychologický přístup k pacientovi a jeho rodině
Výuka humanitních předmětů na lékařských fakultách v ČR**

Setkání je určeno pro ústavy a kliniky lékařských fakult ČR, které se zabývají výukou humanitních předmětů (lékařská psychologie, psychoterapie, lékařská etika, filozofie medicíny apod.).

Minisymposium, na které Vás srdečně zveme, se koná ve středu **16. 2. 2005 od 10.00 hod. nejdéle do 16.00 hod.** (s přestávkou na oběd) jako obvykle v **Akademickém klubu 1. LF UK ve Faustově domě** (Praha 2, Karlovo náměstí 40).

Váš eventuelní příspěvek k tématům Psychologický přístup k pacientovi a jeho rodině a Výuka humanitních předmětů na lékařských fakultách v ČR (či na jiné téma, jež by ostatní seznámilo s Vaší prací), necht' prosím nepřesáhne 20 minut.

Vaši účast laskavě potvrďte a v případě Vaší aktivní účasti dodejte souhrn Vašeho příspěvku (maximálně 15 řádek) nejpozději **do poloviny ledna 2005** na adresu prof. J.Vymětala (lze i mailem – vymej@lf1.cuni.cz).

Prosím o informování osob z Vašeho okruhu, jež by mohly mít zájem o výše uvedená témata.

Na setkání se těší a klidné dny přeji

doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.
přednosta Psychiatrické kliniky
v lékařství
lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a FN Plzeň
Alej Svobody 80
300 00 Plzeň

prof. PhDr. Jan Vymětal
přednosta Ústavu pro humanitní studia
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Faustův dům
Karlovo náměstí 40
120 00 Praha 2

**Informujeme, že právě vychází odborná publikace: V. Tschuschke:
Psychoonkologie. Praha: Portál, 2004, s. 215**

V Praze dne 15. listopadu 2004

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

Krtičková Kateřina: Onkologický pacient jako součást rodinného systému

Souhrn

Následující text seznamuje s okolnostmi, jak vypadá nemocný jedinec začleněn do rodinného systému a co se děje s celým systémem, když jeden člen tohoto řetězce vážně onemocní. Jak se člověk a jeho rodina chovají na začátku svého onemocnění, co se děje v době sdělení diagnózy a v období poté. V závěru se můžete dozvědět, co na základě výzkumu dotazníkem onkologičtí pacienti potřebují a co nechtějí.

Jak se chová člověk na začátku svého onemocnění?

Na samém počátku téměř každého onemocnění stojí „laická“ neboli osobní diagnóza. Člověk začíná trpět různými obtížemi. Začne pozornost zaměřovat na projevy svého těla a sledovat je. V důsledku toho prožívá úzkost a obraz své nemoci si začne nejprve formovat ve své mysli. První pochybnost je zpravidla to, co ho přiměje navštívit svého lékaře. Důležitý je již začátek nemoci s předzvěstí a s prvními symptomy. Toto období je různě dlouhé podle povahy onemocnění i vzhledem k individualitě pacienta a může trvat od hodin po roky.

Kazuistika: Pacient 53 let si v předvečer pohřbu svého švagra, který zemřel v důsledku Hodgkinského lymfomu, nahmatal na krku podivnou zvětšenou uzlinu. Od chvíle nálezů začal navštěvovat lékaře. Uzlina byla extirpována a histologický nález byl negativní. Od té doby pacient stále ubýval na váze, potil se, stěžoval si na únavu a večerní zvýšené teploty. Po čase se objevila další uzlina. Tentokrát diagnostika potvrdila Non - hodgkinský lymfom. Od zaznamenání prvních symptomů až do chvíle, kdy byla nasazena onkologická terapie ozařováním, uplynulo 3,5 roku. Po celou dobu byl vystaven nejistotě, úzkostným stavům, stresu. Spolu se stanovením diagnózy pociťuje úlevu. Přestože pacient několik let tušil, že mu tělo signalizuje závažné onemocnění, dosavadní diagnostické možnosti nemohly jeho pochybnosti ani vyvrátit, ani potvrdit.

Kazuistika: Pacientka /48 let/ subjektivně bez potíží se v domácnosti narazila na levou stranu hrudníku. Při ošetření je lékařem náhodně zjištěna bulka v prsu. Pacientka byla okamžitě odeslána na vyšetření, které potvrdilo zhoubný proces, byla okamžitě nasazena onkologická léčba.

V počátečním stadiu nemoci se vytvářejí důležité odchylky, probíhají různé psychické stavy, a to v jistém pořadí.

1. Prožívání subjektivní újmy: Potíže, bolesti, první náznaky toho, že něco není s tělem v pořádku. Zažívá první pocit ohrožení. Signály úzkosti se projevují v představivosti, ve zhoršené kvalitě spánku, který často provází děsivé sny. Úzkost se dále manifestuje pocitem tlaku na hrudníku, staženým hrdlem a pocitem

staženého žaludku. Celkově se pacient hůře soustředí , jeho pozornost je zaměřena k představám o nejistotě , ke kterým dochází ve vlastním těle.

- 2. Hodnocení potíží a náznaků jako signálů nemoci:** To znamená definovat sám sebe jako nemocného, prožívat s tím spojené afektivní reakce /emoční labilita, podrážděnost, vztahovačnost, pláč, zlost/ a vyřazení z normálních sociálních povinností/ obava ze ztráty zaměstnání, změna role v rodině/. S hodnocením potíží nejvíce souvisí dosavadní zkušenost s onkologickým onemocněním v rodině a z blízkého přátelského či pracovního okolí.

U lidí bez přímé zkušenosti se objevuje působení „ mýtu o rakovině“, jakožto o nemoci zákeřné,nečisté, nemoci vyvolávající strach, pocit hanby a studu. Pojem rakovina odedávna obklopuje mystická představa nevyléčitelnosti a neodvratné smrti , které předcházejí kruté a neutišitelné bolesti a jiná utrpení a omezení kvality života.

- 3. Snaha stanovit si sám diagnózu / laická - osobní diagnóza/:** Představa nemoci a její pojmenování je pro pacienta velmi důležité. Diagnóza je pro něho instrumentálním pojmem, s jehož pomocí si může zařadit potíže a zároveň posoudit jejich nebezpečnost. Představy o etiologii své vlastní nemoci spočívají v potřebě kauzality každého člověka. Takovéto etiologické představy se mohou týkat otázek, týkajících se osobního provinění a pak je nemoc interpretována jako následný trest, až k populárním představám o vlivu stresu, přepracování a špatné životosprávě .

- 4. Situace rozhodování:** Pacient musí volit mezi několika alternativami- dále vyčkávat, navštívit lékaře, zeptat se zkušených, poradit se s léčitелеm nebo se léčit sám. V této fázi pacienti začínají otevřeně komunikovat se svým okolím, nejčastěji rodinou a začínají aktivně hledat možnosti řešení. V první řadě hledají podporu u nejbližších, tedy obvykle ve své rodině.

Rodina pacienta spoluprožívá změny, na které citlivý rodinný systém reaguje. Prožívá stejné pochybnosti a úzkosti, někdy ještě umocněné podezřením, že milovaný člověk kvůli svému okolí disimuluje .

Některé typy reakcí rodinného systému na počátek onemocnění svého člena:

- a) plné sdílení - je zde vyjádřena přiměřená míra podpory, tedy taková, která má pro pacienta a smysl a vnímá ji jako pro sebe přínosnou. Pacient má v takové rodině právo rozhodnout si , co potřebuje, co zvládne sám i co nechce. Jeho rozhodnutí je plně akceptováno.
- b) pseudosdílení - význam symptomů je od počátku generalizován , rodina je aktivnější než pacient. Často za jeho zády jsou přizváni ke konzultaci další a další specialisté, nová pracoviště, nejpestřejší alternativní léčba. V takové situaci se pacienti cítí ne-mocnými objekty.
- c) bagatelizace symptomů - pacient v takové rodině bývá pokládán za sebestředného, který hned myslí na to nejhorší, bývá podezírán z přecitlivělosti k vlastnímu tělu a touze na sebe upozornit , někdy dokonce může být obviněn z hypochondrie či simulantství. V takovém rodinném systému se pacientovi nedostává ani pozornosti a v počátku ani podpory.

Nejčastějšími pocity, které se objevují v celé rodině, je úzkost, strach . Důležitým a významným je i pocit viny. U lidí s podprahovými pocity viny a nevědomou potřebou potrestání může nemoc zatížit psychiku tak, že je nemoc vnímána jako trest , trest za to , co druhému udělali, měli se starat lépe a více ,a také , co neudělali.

V rodinné interakci získává nemoc i svůj význam, významově platný pro každou rodinu zvlášť.

Z pohledu rodinně-systémového onemocní nejslabší článek rodinného systému , kterého nazýváme obětním beránkem.

Jak sdílí diagnózu rodina s pacientem?

Je třeba vycházet z faktu, že rodina a přátelé se dříve nebo později o onkologickém onemocnění dozvědí. Proto se jako lepší řešení ukazuje diagnózu nejbližším sdělit, aby měli možnost nabídnout podporu a pomoc a aby se sami mohli prospěšně pro nemocného zadaptovat na jeho nemoc. V závažném onemocnění je obsažen i potenciál , který umožňuje, že se leckdy léta neřešené konflikty otevírají a smysluplně řeší. A tak je možné objevit i zdroj pomoci tam, kde ho pacient neočekává. Nemoc totiž mění nazírání na svět, původní hodnoty se proměňují a získávají jinou kvalitu.

Vzpomínám si na stesk jedné pacientky, která vyjádřila ke svému nečekanému usmíření se svým synem : „ To jsem, musela tak těžce onemocnět, abychom k sobě znovu našli cestu?“ Nová situace nejen zatemňuje, ale i projasňuje, nečekanou podporou , sounáležitostí. Pak je okamžik sdílení chvílí, která otevírá nové lidské možnosti a schopnosti dávat a přijímat.

Stává se, že se jako první dozví diagnózu rodina a ta zpravidla stojí před pokušením „ochránit „ nemocného před realitou nemoci. Tím se situace mění na hru , na hru neadekvátního soucitu, litování. Nejčastějším motivem je formulka „ udělal/a/ by si něco, znám ho/ji/ , je tak citlivý/á/“. Přitom rodinní příslušníci jsou také při sdělení diagnózy vystaveni velké zátěži. Sami potřebují projevit své pocity a vlivem této nevyvážené hry nemohou. Nemohou pak poskytnout ani podporu ani pomoc nemocnému. V průběhu léčby se zpravidla nemocný dozví pravdu , po které může následovat vlna spravedlivého hněvu, hořkosti a ztrátu důvěry. Nemocný se může domnívat, že se mu neříká pravda proto, že je jeho onemocnění v konečném stadiu a neléčitelné.

Kazuistika: Přichází zoufale plačící žena / 52 let/ a stěžuje si na vztah se synem/ 26 let/. Syn se léčí na našem oddělení ambulantně pro nádor střev. Prodělal operaci a ona chirurga uprosila, aby důvody operace zamlžil. Na naše oddělení už chodil „ jen preventivně „ na chemoterapie! Jeho stav je vážný a léčba pouze paliativní. Matka se synem prošla snad všemi možnými odděleními, místními i pražskými zařízeními, a všude lékaře požadovala zavázat slibem, že to synovi nesdělí. Ke mně přišla proto, že syn je na ni najednou neslýchaně hrubý, až vulgární, utrácí peníze, pije a chová se najednou na hranici delikvence. Vztek ale projevuje jen ve vztahu k ní, k ostatním kamarádům se chová přátelsky. Klientka potřebovala několik sezení, než pochopila, že situace je neudržitelná a synovo chování je úměrné absurdní situaci, kterou sama vytvořila.

Kazuistika: 22letá mladá žena trpící Hodgkinským lymfomem, nesdělila svým rodičům, že je závažně nemocná a že prodělává léčbu. Pro rodiče z nepochopitelných důvodů si najednou oholila hlavu a unaveně ležela v posteli, když přijela ze studií na víkend domů. Pacientka prožívala dlouhodobě frustrující vztah s otcem , matky jí zase byla líto. Nevěřila, že by od svých rodičů dostala přiměřenou podporu, bála se , že matka by ji na každém kroku hlídala a připomínala jí její nemoc. V počátku terapie jsem pacientku vedla ke sdělení. Po několika týdnech se odvážila.

Rodiče , zejména matka prošla zoufalým šokem nejen z nemoci, ale i ze zjištění, že jim vlastní dcera natolik nedůvěřuje, že jim něco takového nesdělí. Otec se po počátečním šoku vrátil k bývalému způsobu chování. U pacientky to však urychlilo její vlastní dozrání a separaci od původní rodiny, nyní žije s přítelem. Dodnes pochybuje o tom, jestli bylo užitečné, aby to rodičům tehdy sdělila. Její mlčenlivost o svém stavu byla pro ni jakýmsi manipulativním nástrojem ,výrazem trestu pro své rodiče.

Přijetí sdělované diagnózy je těžkým a z psychologického hlediska zásadním obdobím, které determinuje, jak bude léčba jedincem zvládnuta a jak na ni bude reagovat. Prohlubující se osamělost a nevědomost totiž zvyšují tendenci k úzkostlivosti a přecitlivělosti, postupně se nemocný stává méně srozumitelným pro své okolí. Může se až uzavřít za zdi svého prožívání, ve svých domněnkách, předsudcích a nereálných očekáváních. Stav nevědomé izolace ho vzdaluje jak sobě samému, okolí, může to ohrozit i zdárný průběh léčby.

Naopak sdělování, svěřování, přibližování, otevírání se vytváří most nejen k pochopení, ale i k zvládnutí nesnadné onkologické léčby. Období sdělování a sdílení diagnózy si zaslouží zvýšenou pozornost, protože onemocní-li jeden člen rodiny, svým způsobem onemocní celý rodinný systém.

Jaké jsou obavy, psychické obtíže jedinců žijících se zkušeností nádorového onemocnění?

Obava	typ nemoci
Tělesné	dále se zabývá nemocí strach z relapsu zvýšený strach ze smrti pocit tělesného poškození , amputace části těla, stomie starost o sexuální stránku a plodnost
Psychologické	pocit větší zranitelnosti konfrontace se smrtelností nejistota v budoucnosti - Damoklův syndrom
Návrat sociální a pracovní	přechod z role pacienta ke statutu zdravého - Lazarův syndrom ve srovnání s druhými je jiný - oběť nebo hrdina nejistota v zaměstnání problémy se životním pojištěním

S touto pestrou škálou obtíží a problémů se nejčastěji setkávají onkologičtí pacienti a potažmo jejich rodiny. Centrem péče o onkologického pacienta je podpora, a to taková, aby všechny druhy obtíží mohl úspěšně zvládnout.

Formy sociální podpory:

- a) **informace** - rada, informační centra na onkologických odděleních, orientace ve svépomocných skupinách
- b) **instrumentální podpora** - praktická pomoc

- c) **emocionální podpora**- vztah důvěry, bezpečí, soucítění, náklonnost
d) **hodnotící, oceňující podpora** - uznání

Jedinec žijící se zkušeností nádorového onemocnění je vystaven konfliktům mezi vlastními potřebami a potřebami druhých. Kegan /1982/ rozděluje konflikty mezi vlastními potřebami a potřebami druhých na jednotlivých stupních vývoje:

1. **potřeba bezvýhradné pozornosti a péče druhých, aniž se zohledňují potřeby druhých osob**
2. **dominuje absolutní potřeba „dělat s, co chci“.** Potřeby druhých se připouštějí, ale nerespektují.
3. **vlastní potřeby se zaměřují na vzájemné vztahy a soulad a podřizují se jim**
4. **autonomní zacházení s vlastními potřebami /sledování a kontrola/, potřeby se řídí společenským kontextem**
5. **uznává se a vydrží se rozpornost vlastní potřeby, pocitů, přání/ intimita se sebou samým/ to obsahuje i uznání a akceptaci potřeb druhých. Hledá se rovnováha mezi intimitou a vnímáním rozdílů.**

Jak vypadá období po sdělení diagnózy?

Úskalím období po sdělení diagnózy je odlišná připravenost jednotlivých členů rodiny, liší se také jejich potřeba o onemocnění hovořit. Každý má jinou schopnost reagovat na změny, také rychlost adaptace je u každého člena jiná. Pro individuální schopnost přijímat změnu je proto logické, že mezi nemocným a rodinou vzniká nesoulad v potřebě o nemoci mluvit. Důležité je ponechat na nemocném, aby určil, kdy je pro něj ten správný čas k hovoru, členové ho mohou spíše podporovat ve vědomí, že je to na něm. Významně se zde uplatňuje mimoverbální složka, komunikace dotykem, pohlazením, objetím.

Pro rodinu je třeba si uvědomit, že jeho člen je vystaven aktuálním zátěžím, jakými jsou:

- **nepředvídatelný průběh nemoci**
- **prožitek možného ohrožení života**
- **bolesti , symptomatické i chronické**
- **vedlejší účinky terapie**
- **dlouhé pobyty v nemocnici**
- **vytržení z pracovního života**
- **změna role v osobním životě**
- **nejistota, jak zacházet s nemocí**
- **omezení ve vztahu k vlastnímu tělu, narušení sebeobrazu**
- **emocionální zatížení**
- **pokles vlastní hodnoty**

Zátěž sama není tak rozhodující, podstatnější roli hraje to, jak ji jedinec zpracuje a jaké má zdroje zvládnání.

V terapii se často setkávám s vyčerpanými partnery i rodiči dospělého onkologického pacienta, kteří vezmou plně na sebe péči o nemocného a svoje vlastní nároky a potřeby zredukuje na minimum. Považuji proto, zvláště pokud se jedná o terminální péči, poskytování psychoterapeutické péče rodině nemocného za stejně důležité a oprávněné jako její poskytování pacientům samotným.

Na závěr bych ráda uveřejnila výsledky dotazníku „Jak se chovat k lidem s nádorovým onemocněním“, který jsme podávali na našem oddělení. Cílem bylo získat přehled toho, co pacienti od svých rodin potřebují, co nechtějí a nepotřebují.

Co potřebují onkologičtí pacienti od svých rodin?

- **přirozenost v komunikaci** -konvergentní komunikace / tedy shoda mezi výrazem tváře a obsahem slova/, neverbální / potřeba být dotýkán - je ovšem individuální a někteří pacienti jsou na dotyk citliví, jiným není příjemný. Obecně platí - být obejmut,- budu-li si to přát/
- **oporu a bezpečí**
- **toleranci, úctu a adekvátní pomoc**
- **povzbuzení**
- **pozitivní zprávy z okolí**
- **respektovat nový denní režim**
- **respektovat změny v důsledku nemoci**
- **soucítění ne soucit**
- **porozumění, zejména k přechodné emoční labilitě**

Co nechtějí a nepotřebují onkologičtí pacienti od svých rodin?

- **nepřirozenost v komunikaci**- nepřirozené množství taktilních podnětů, komunikace v podobě postranního šuškáání, významné výměny pohledů
- **lítost** - odmítají převzít roli chudáka
- **nechtějí slyšet:** „šetři se“ - stále mi tím připomínají, že jsem nemocná „musíš jíst“, „nesmíš se poddat“, „musíš bojovat“- pacienti nestojí o regresí do dětství, sami vědí, co by měli, ale co jim také okolnosti dovolí, aby mohli „to bude dobrý“, „nic si z toho nedělej“, „řakových dneska je“ tyto snahy o útěchu vnímají zvláště podrážděně, mají pocit bagatelizace svých problémů a toho, že okolí naprosto nerozumí, co se s pacientem děje
- **nedělat z nemoci tabu, ale také o ní často nehovořit**

Co potřebují od svých přátel?

- **aby se jim nevyhýbali a nebyli odtaziti**
- **nepozastavovali se nad změnou jejich vzhledu**
- **aby jim neoznamovali, kdo dále onemocněl a zemřel**
- **přiměřený, nestrojený zájem**
- **aby se s nimi dále počítalo**

Mgr. Kateřina Krtičková
klinický psycholog
Onkologické oddělení
Krajská nemocnice Liberec

Použitá literatura

- Vorlíček J. , Adam Z. - Paliativní medicína, Grada, Avicenum ,Praha, 1998
Chovancová Z., Vašková J. - Diagnostika nádor a co dál, Grada , Praha 1998
Koutecký J., Konopásek B.- Nevhodné slovo rakovina, Makropulos, Praha, 1999
Boleloucký Z.- Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně, Brno, Masarykův ústav , 1998
Holland J., Rowland J.- Handbook of psychooncology, chapter Development Stage and Adaptation: Adult Model, N.Y., 1994

Klíčové momenty v léčbě

Osobní soukromí. I na začátku další terapie, tentokrát v ambulantní odpolední skupině, se V. N. zapojovala spíše dosti pozvolna. Zpočátku jí dělalo fyzické obtíže se i dostavit na sezení a tam vydržet. Způsobovaly to důsledky jejího psychosomatického onemocnění, jak byly naznačeny výše. Pokud jde o vztahy, na počátku své psychoterapie mohla V. N. mluvit jen o své rodině. Mluvila o rodičích, o svém ženatém bratrovi a své švagrové (která mimochodem trpěla obdobnými chronickými střevními potížemi jako naše pacientka, ale přesto s nimi žila normálně). To, co uváděla o svých vztazích s nimi, vypadalo podobně nenápadně, jako při pobytu ve stacionáři. Zdánlivé drobnosti a některé detaily, které ona sama považovala za samozřejmosti a bezvýznamná fakta, velmi často uváděly ostatní členy skupiny v úžas. Tak například sdělení, že každý den matka kontroluje, zdali se řádně umyla, ona sama považovala za samozřejmé, zato ostatní nemohli pochopit, že si to nechá líbit. Přestože vycházelo najevo, že rodina jí přidělila roli závislé a téměř nesvéprávné osoby, mluvila o rodičích tak, jako by byli na skupině fyzicky přítomni a mohli ji slyšet a nejen kontrolovat, ale i trestat. Měla zato, že o nich nesmí říci nic, co by se jim nelíbilo nebo se jich jakkoliv mohlo dotknout. Nemohla si tedy ani postěžovat, ani mít své tajemství, především však svůj vlastní intimní prostor. Chtěli jí „vidět do žaludku“ a ona sama se tomuto požadavku nejen podrobovala, ale považovala jej za „normální“. Z její řeči vyplývalo, že o ni mají enormní starost. Velmi ji kontrolovali a usilovali o to, aby se uzdravila. Nicméně jak jsme už konstatovali dříve, byla s nimi v konfliktu, který se týkal jejího náboženského zaměření. Neschvalovali je a dokonce jí vyčítali a zastrašovali ji, že pokud se ho nevzdá, tak se neuzdraví. Trvala na svém, ačkoliv jinak prakticky o všech jejích záležitostech rozhodovali rodiče. Pokud se jedná o bratra, choval se k ní povýšeně a podceňoval ji. Švagrová ji pokládala za hypochondra a byla k ní odmítavá.

Devastující kontrola a manipulace. Další poznatky jsme získali na jejím prvním léčebném pobytu se skupinou mimo kliniku, kam se odvážila jet. Zatímco dosud se zdál být rozhodujícím dominantním vztahem její svazek s matkou, nyní se projevila dusivá a takřka paralyzující péče ze strany otce. Byl to až despoticky manipulativní vztah

a způsob jednání, který byl tím ničivější, že byl míněn naprosto láskyplně. Ostatní členové skupiny se stali přímými svědky jejich vzájemné komunikace a to umožnilo pravdivější rozhovor o tomto tématu. Uvedené poznání se stalo i katalyzátorem toho, že se v plném světle ukázal vztah pacientky s její matkou. Jeho určujícím rysem se zdálo být citové vydírání formou emotivních scén a dobře mířených výčitek. Matka i otec se povahově i jednáním vzájemně natolik doplňovali, že oba tvořili takřka nepřekonatelnou a neprostupnou stěnu, vůči níž byla dotyčná prakticky bezmocná. Na druhou stranu ji však rodiče obletovali a plnili takřka všechna její přání, pokud je ovšem měla jako nemocná. Uměli pečovat a ošetřovat, nikoliv však vychovávat dospívající a později již dospělou dceru. V rodině se sexuální témata tabuizovala a rodiče se jim pečlivě vyhýbali. Zatímco v době dospívání jejich rodičů bylo takové chování běžné, naše pacientka vyrůstala ve zcela jiné době.

(Pozn.: Ukázalo se rovněž, že v rodinné anamnéze obou rodičů se vyskytovali velmi nemocní příbuzní, o které se bylo třeba dlouhodobě a vytrvale starat. Protože jsme však neprováděli terapii rodinnou, nebylo v našich intencích tuto dozajista významnou okolnost dále sledovat.)

Narušené dospívání. V takto laděném rodinném prostředí se tedy utvářely vztahové možnosti V. N. Tyto okolnosti prakticky nepřipustily, aby si opravdu osvojila svobodnou možnost se rozvíjet v dospívající ženu, která by také navázala jiné vztahy, než existují mezi spolužáky, a která by měla svoji zábavu a svou intimní milostnou sféru, do níž by již rodiče nemohli zasahovat a dokonce ji určovat a řídit. Také se nenaučila brát se za sebe a své věci. Možnost projevit vlastní svobodnou vůli, rozhodovat o sobě, hájit se, resp. prosazovat sebe, se zde nemohla otevřít a rozvinout. Jinými slovy: V. N. měla velmi zúženou možnost být sama sebou; nestála na vlastních nohou. Také jsme si potvrdili hypotézu o tom, že její střešní potíže nejsou osamocené a doprovázejí je i potíže gynekologické. Pacientka se léčila po určitou dobu na gynekologii, a to pro bolesti v podbřišku, poruchy menstruačního cyklu a menoragii. Zároveň se několikrát zamilovala, ale vždy jen platonicky. Navíc své lásky volila tak, aby byly nedostupné a nenaplnitelné. Vždy to byli cizinci, kteří za ní z různých důvodů a pod zjevnými záminkami nikdy nepřijeli. Maminka navíc dceřinu korespondenci četla a prožívala s ní i její marné lásky. Sdílení „milostného tajemství“ jen prohlubovalo její závislost na rodičích a neschopnost vykročit z rodiny na samostatnou životní cestu. (Bratr se vzepřel a po bouřlivém dospívání se od rodičů emancipoval, avšak vůči nemocné sestře se stavěl do jejich role.) Psychosomatické

onemocnění V. N. se tedy jeví jako vyústění její složité závislosti na rodinných vztazích.

Motivační souvislosti

Také vystupňované a trvalé zaměřenosti V. N. na výkon bylo možné porozumět z jejích vztahů v rodině. Jednak zde působil příklad pracovitých a perfekcionistačtých rodičů, jednak tu existoval tlak na to, aby si dcera svými studijními výsledky získala jejich spokojenost a tedy i „lásku“. A konečně orientace na práci (a nikoliv na něco jiného) představovala přehledné a kontrolovatelné schéma, kterému nehrozily žádné výkyvy a nepředvídatelnosti, jak tomu bývá u zamilovaných děvčat. Svě rodiče nesměla a ani si nedovolila trápit. Chtěla být hodnou a poslušnou dcerou bez problémů. Chtěla se jim zavděčit a vyhovět jejich němému očekávání, ale zároveň „mít pokoj“. Jedinou výraznou neposlušností (a tedy projevem osobní svobody) byl její příklon k náboženské víře, ke kterému došlo v jejích 16 letech. Zdánlivá bezproblémovost dcery se pak rodičům mnohonásobně vymstila ve velkém trápení během jejího psychosomatického onemocnění. (Nemyslíme si, že V. N. tak vůči rodičům „nevědomě“ realizovala nějakou svou agresivitu; prostě jen sklízeli to, co zaseli. Šlo o důsledek jejich tragických omylů a jejich etické nezralosti, která nepočítala s nezadatelným právem dítěte na vývoj ke svobodě a samostatnosti. Zajisté by bylo možno vystavit pro ně psychologickou a ontogenetickou omluvenku, ale tím se zde nebudeme zabývat.)

Z poslední etapy léčby u nás jsme vybrali následující poznatky, které nám také umožňují provést určité shrnutí celého případu.

Jak již bylo řečeno, pacientka žila uzavřena v předivu vzájemných rodinných závislostí, které byly natolik pevné, že se z nich za celý svůj dosavadní život nedokázala vyvázat. K tomu, aby do tohoto uzavřeného celku získala další potřebnou míru vřledu a aby se jí otevřela možnost z něho vystoupit, bylo zapotřebí vnějšího činitele, který by ji motivoval nejen k odlišnému pohledu, ale také jí umožnil najít cestu k vlastnímu uplatnění a pro ni morálně přijatelnému způsobu osvobození. Tímto významným činitelem mohla být (a také se stala) naše skupina. Přišla do ní ve velmi oslabeném stavu a zprvu se v ní - pochopitelně - chovala zcela pasivně. Zpočátku jen mlčky zkoumala, kdo je jaký a jak to tu chodí, s čím vším může počítat. Také však potřebovala čas nutný k fyzické rekonvalescenci. Známký toho, jak je na tom špatně, k ní obracely pozornost a zájem ostatních. Vnímala soucit druhých i jejich zájem o svou osobu a o to, aby jí „bylo lépe“. Plachost, pasivita a opatrnost korespondovaly s dlouhým (třiletým) trváním fáze její nemoci i s uzavřeností, do které ji nemoc i rodina uvrhly. Avšak pozdější fáze

léčby potvrdily, že si postupně osvojovala důvěrné ladění zdejšího skupinového rozhovoru a že je pro něj v základě otevřena. Jedním z prvních témat, s nímž aktivně vystoupila, bylo sdělení, že se její střevní obtíže zhoršují, pokud má nějaký problém a ona sama nemá nikoho, s kým by o tom mohla mluvit jinak, než je obvyklé u nich doma. Tam se totiž její onemocnění pojímalo jako osudové a na její život se nahlíželo tímto prismaem. Zbylé přítelkyně tím nechtěla zatěžovat, aby je neodpudila. Mezi spoluvěřícími se styděla a obávala možného morálního odsudku nebo napomínání. V rámci této otevřenosti přišla i s tématem své náboženské víry. Skupina si vysloužila její důvěru tím, že v této souvislosti diskutovala velmi tolerantně a nesnažila se její přesvědčení změnit nebo znehodnocovat. Její neblahá zkušenost z denního stacionáře se tak naštěstí neopakovala. Při prvním pobytu ve stacionáři pacientka sdělila svoji církevní příslušnost. Tehdy se její víra stala terčem necitlivé kritiky a zpochybňování, které ji zranilo a od skupiny vzdálilo. Je však třeba podotknout, že k tomuto postoji byli členové docházkové skupiny přivedeni terapeutickou prací a důrazným upozorněním na pacientčinu dřívější zkušenost.

(Pozn.: Ovlivňování skupinových postojů psychoterapeuty patří mezi důležité úkoly. Jde o velmi citlivou a kontroverzní činnost, bez které se žádná psychoterapie nemůže obejít, ale protože vždy existuje možnost manipulace, indoktrinace a neetického jednání, v odborné literatuře se o ní hovoří jen sporadicky a okrajově. Přesto by tato oblast měla být otevřena a zasloužila by si věcnou a odbornou diskusi. Tabuizace tohoto problému je škodlivá.)

V. N. cítila, že jí skupina akceptuje a respektuje a zdejší způsob komunikace jí nejen vyhovoval, ale postupně si jej i osvojovala. Vedle toho zde však našla i vzory: byla svědkem toho, jak si pokročilejší členky skupiny, její vrstevnice, otevírají a postupně osvojují nové vztahové možnosti. Vyslovila se dokonce, že jim závidí v tom smyslu, že by se jim chtěla vyrovnat. Od skupiny se jí i v tomto směru dostávalo značné podpory a povzbuzení. Pacientka např. přišla s názorem, že je přecitlivělá a labilní. Vznela otázka, co má dělat, aby se to změnilo. Z obsáhlého skupinového rozhovoru vyplynulo, že se její potíže změní, když se bude brát za sebe a své věci a především, když si osvojí nové a mnohem širší vědomí vlastních práv.

(Pozn.: Vědomí a evidence vlastních práv, především pak práva na právo a od něho odvozených práv určitých, patří k jednomu z nejčastějších témat, která je třeba v psychoterapii jako součást potíží objevit, pojmenovat a pak nalézt způsob jejich osvojení. Zdá se dokonce,

že vznik a především udržování velké řady symptomů (včetně psychosomatických) se s touto oblastí zákonitě spojuje. Osvojování si práva na právo a následně na práva jednotlivá pak patří nejen do oblasti získávání asertivity, ale i k úspěšné psychoterapii obecně. Specifickou kategorií pacientů jsou věřící (u nás především křesťané), obzvláště ti, kteří vyrůstali v náboženském izolacionismu nebo si osvojili víru až v dospělosti. Vlivem neživotně pojaté víry a náboženské životní praxe je u nich často vybudováno svědomí, které neodpovídá jejich životním možnostem, lidské přirozenosti, ani životní cestě, kterou krácejí. Kladou na sebe požadavky, kterým nemohou dostát a jsou pak pronásledováni „nevlastním“ svědomím, které je týrá nebo jehož vlivem se trápí až k nemoci. Vědomí „přirozených práv“ je pravidelně natolik oslabeno, že jim neskýtá potřebnou sebedůvěru a morální oporu. V léčbě je třeba toto vědomí oživit a pěstovat do stejné košatosti a členitosti, jakou mají lidské vztahy nebo citové prožívání a projevy. Vědomí práv samo o sobě nestačí. Je třeba si také osvojit jejich uplatňování a prosazování. Kýžená změna vědomí a osvojení práv začíná tehdy, když pacient objeví požadavek jako přirozenou životní nezbytnost, na kterou má stejné právo, jako má právo se svobodně pohybovat, rozhodovat nebo dýchat. Vědomí práv je třeba pochopit jako právo přirozené.)

Ze záznamů průběhu skupinové psychoterapie u této pacientky vychází najevo, že všechna její závažná témata se objevila již poměrně záhy, ještě v prvním léčebném období. Později se k nim cyklicky vracela v prohloubené a pozměněné podobě. Byly to její psychosomatické příznaky a jejich souvislosti, vztahy s rodiči, zaměření na výkon, partnerské vztahy a konečně sebeobhájení, resp. sebeprosazení. Dalším tématem se stávaly i vztahy se skupinou, resp. s jejími jednotlivými členy a členkami. Co se týká sebeobhájení a sebeprosazení, bývalo psychoterapeutické společenství jediným místem, kde se V. N. odvažovala pokročit dále a osvojit si nové vztahové možnosti tohoto druhu. Nacházela zde dostatek svobody k tomu, aby se pustila do střetnutí s odlišnými názory, ale na druhé straně cítila, že je jí zde přáno to, co je pro ni dobré. Mimo to měla jistotu, že v případě neúnosného napětí či nátlaku zasáhnou psychoterapeuti a vyváží situaci. Zdánlivě paradoxně poprvé v životě zde zakusila, že se nemusí podřizovat většinovému (tj. skupinovému) mínění.

Úloha hodnot

S tímto tématem souvisí ještě jedna důležitá věc - totiž význam a vliv hodnot na vývoj a udržování symptomů nemoci, na ozdravující změnu a na záhadu tzv. tendence k opakování, která udržuje symptomy

duševní nemoci beze změny, a pokud změna přece jen nastane, symptomy se opět vracejí. Freud tuto tendenci připisoval „pudu smrti“. V knize „Beyond the Pleasure Principle“ (Freud, 1920) se autor pozastavuje nad skutečností, že některé symptomy mají navzdory všem důvodům sklon k opakování. Tato kompulze není podle něj dobře vysvětlitelná psychologickými důvody, ale spočívá v tendenci pudů vrátit se k původnímu stavu, ve kterém se organismy nacházely.

„*Instinktu je vlastní znovu obnovit původní stav, ve kterém se nalézá*“ (Freud, 1920, s. 44). Podle Freuda existovaly věci před vznikem života ve stavu anorganickém, z čehož odvozuje, že „... je jen přirozené, že organismy mají sklon k návratu do původního stavu.“ Ve stejné knize se opírá o biologii, která podle něj dokazuje, že organismy hynou následkem látek, které samy svým metabolismem produkují (tamtéž, s. 44-48). Svoji teorii ovšem rozvádí i jinde. U melancholie, kde se ego identifikuje se ztraceným objektem a libido regreduje na úroveň narcistické vývojové fáze, se veškeré destruktivní impulsy, které jsou v zajetí superega, obracejí proti egu. Tato tendence nyní soustředěná v superegu je motivem sebevražedných myšlenek i jednání (Freud, 1923; Freud, 1924). Podle psychoanalýzy potvrzují tendence k opakování existenci silnějších motivů patřících k principu slasti.

Naše pacientka znovu a znovu opakovala své nutkavé návraty k původním návykům, kdy nebyla neschopná odpočívat, udržovala se ve stavu vnitřního napětí, a k neustálým pocitům viny spočívajícím v přesvědčení, že kdyby snad změnila své jednání, mohla by zranit své rodiče - tato představa jí znemožňovala léčebný pokrok. Hledali jsme důvody, které by nám umožnily pochopit pacientčino ulpění a neschopnost změnit přetrvávající sklony. V. N. např. znovu a znovu uváděla krvácení z konečníku, které sice dočasně potlačila zvýšenou dávkou Prednisonu v kombinaci s antidepresivy, ale nálady i somatické příznaky se po čase vrátily, a to spolu s výčitkami svědomí a pocity beznaděje. Provedli jsme analýzu celé situace a záhy jsme nabyli dojmu, že krvácení by mohlo souviset nejen s prostou námahou, po které nenásledoval včas odpočinek, ale s hodnocením a hodnotou, kterou to pro ni představuje. Navrhli jsme, aby pacientka každý den na škále k tomuto účelu vytvořené vyznačila míru námahy spolu s mírou odpočinku a mírou somatických příznaků. Velmi brzy se ukázalo, že vztahy mezi těmito sledovanými veličinami spolu souvisejí. Pokud pacientka dostatečně intenzivně a dlouho odpočívala, její zdravotní stav se zlepšil. S ním se zlepšila i duševní kondice. Po čase se však opět uplatnila stará tendence a vše začalo znova. Pacientka považovala odpočinek za něco „hříšného“, co vlastně bylo proti jejímu, od rodičů přejatému, přesvědčení. Pracovat bez ustání a bez odpočinku byl rodinný ideál, odpočinek byl považován za hříšné chování, příznaky

vyčerpání za důkaz opravdovosti a „pravdivosti“ vedení života. Sama se pak naučila takto trpět „ráda“. Proto jsme se začali zabývat jejím hodnotovým systémem. Dříve jsme ovšem museli pochopit její sebepojetí, musela se v něm poznat, porozumět diskrepanci mezi autentickým sebecítěním a nároky, které na sebe kladla a které na ni byly kladeny zvnějšku, musela se naučit respektu sama k sobě a osvojit si k tomu i příslušné vědomí práv. Jakmile se změnila její hodnotové postoje (a to byla práce, která by si zasloužila samostatné pojednání), pokračovali jsme se sledováním původních proměnných. Teprve nyní se dostavila trvalá změna, pacientka přestala opakovat své kompulzivní, z počátku nesrozumitelné, autodestruktivní chování. Následovalo snížení až vysazení kortikoidů, v současnosti je bez nich již déle než rok. Podobně tomu bylo s antidepresivy, Seropram byl vysazen stejně tak jako anxiolytika. Po dobu více než šesti měsíců neužívá žádná psychofarmaka.

Na základě tohoto, ale i dalších klinických pozorování se nám potvrdila hypotéza, že symptomy psychosomatických i duševních nemocí jsou obvykle svázány s hodnotovým systémem. Pokud chování či jednání nebo doporučená změna jde proti hodnotovému přesvědčení, příznaky buď vůbec neustoupí, se železnou pravidelností a vytrvalostí se objevují znovu a znovu, nebo se objevují symptomy jiné. Tato výměna může být bezprostřední a pak snáze patrná nebo se objeví až po určité latenci. To může vzbudit dojem jiné, s původní symptomatologií nesouvisející nemoci. Obzvláště pak nás může mást, že pozorujeme zánik příznaků „duševní“ nemoci a následně, s časovým odstupem (několik týdnů i měsíců) vznik symptomů somatických. Lze jen opakovat starou zkušenost, že významný počet nemocí tělesných má předznamenání a také původ v podmínkách pro člověka nepříznivých a ničících smysl života. Máme množství klinických poznatků o vztahu řady onemocnění životně důležitých orgánů (které byly diagnostikovány jako ryze a typicky somatické) k existenciálně odcizenému způsobu života.

Jak jsme v daném případě viděli, jedním z určujících důvodů nemožnosti skutečné změny je vliv hodnot a z nich vyplývajících postojů.

Terapeutické pravidlo: „Pokud se v průběhu léčby nezmění pacientovo přesvědčení a hodnotové postoje, které jsou organicky spjaty s potížemi, samotný nácvik, změna chování, ani změna kognitivních „vzorců“ k trvalému uzdravení nestačí.“

Naše zkušenosti také nepotvrzují psychoanalytickou spekulaci o určujícím vlivu „pudu smrti“ na nutkání opakovat dosavadní vzorce chování. Naše klinické zkušenosti nám poskytují jiné a životu bližší, byť pravděpodobně dílčí vysvětlení. Přísloušnou červenou nití této léčby ovšem byly psychosomatické příznaky: „potíže se střevem“. Při zpětném přehledu lze zřetelně sledovat, jak postupně vycházela najevo motivační

souvislost příznaků s celkovým vztahovým bytím pacientky, tj. se strukturou jejích vztahových možností. Je napínavé sledovat, jak každý vhléd jako drobný krůček vyvolal takové změny v jejím způsobu života, které přinášely zlepšení, ale zanedlouho se ukázalo, že to ještě nestačí a je třeba pokročit dále.

(Pozn.: Průběh léčby neprobíhá lineárně, vždy se jedná o paralelní propletení léčebných kroků s událostmi a životními situacemi, v nichž se pacient ocitá - v čase, během kterého se významné děje z minulosti podílejí na přípravě budoucnosti a psychoterapeut se (spolu s pacientem) těmto vlivům snaží rozumět a na tomto základě je i ovlivnit. Do toho se však připlétají nepředvídatelné a novými významy naplněné chvíle, jejichž smysl se projeví často až později, příznivě a životně, či pokřiveně, novou potíží a příznakem. Výsledek psychoterapeutického kroku má vliv nejen na příznak samotný, ale obsahuje řadu dalších a vedlejších účinků, které ne vždy a všechny jsou jednoznačné, srozumitelné a zcela kladné. Účinky a dopady léčby se navíc netýkají pouze pacienta, ale mají širší souvislosti a v nich též zanechávají své stopy a následky. Popisy a analýzy těchto dějů se možná stanou zajímavější a pro vývoj oboru významnější částí sledování léčby než průběh nemoci z hlediska jediné linie. Právě pro psychoterapii je příznačné, že její uvažování je specifické tímto způsobem. Zatímco např. průběh resorpce vody v tlustém střevě probíhá u různých jedinců a v různou dobu stejně, významné a psychoterapií ovlivněné události probíhají osobitě a pokaždé a u každého trochu jinak. Je tomu tak proto, že význam resorpce vody z hlediska fyziologie je vždy tentýž, zatímco psychoterapie, která se nakonec vždy (a to navzdory redukcionismu většiny směrů a škol) zabývá jedinečným, se setkává pokaždé s významově novou a smyslem jedinečnou událostí a příběhem. V tomto kontextu se ovšem i fyziologická reakce, jakou bylo ono vstřebávání, stává součástí jedinečné události, a proto má i jedinečný význam. Takové porozumění a výklad tělesných procesů však zakládá jiné pojetí i podobu fyziologie.)

Zpočátku pacientka vůbec nerozuměla souvislosti svých tělesných příznaků s jejím způsobem existence. Jak jsme již uvedli,

- prvním krůčkem vpřed byl zřejmě postřeh, že se příznaky zmírní, mluví-li pacientka o tom, co jí trápí;
- poté následoval vhléd, že míra jejích průjmových obtíží nějak souvisí s režimem její aktivity a odpočinku;
- dalším krokem byla otázka, jak tráví svůj odpočinek, svůj volný čas; ukázalo se, že i relaxaci chápe jako úkol; následovalo otevření možnosti naplnit volný čas něčím, co jí udělá radost;

- nato bylo nutné vnitřní přehodnocení dosavadních názorů a přesvědčení o oprávněnosti určitých požadavků a potřeb, jakými byla právě cena a význam odpočinku, které si neuvědomovala, a to proto, že je považovala za „podprahově“ nevýznamné. Pacientka rovněž průběžně řešila, co znamená pozorování, že vždy v pondělí po víkendu stráveném v intenzivním kontaktu s rodiči se její příznaky značně zhorší (o tom ještě později);
- dalším článkem celého řetězce bylo odhalení, že se cítí odpovědná a provinilá, pokud nevyužívá času do poslední vteřiny. To ukázalo její bazální nesvobodu ve smyslu neodbytného zaměření na výkon. Jakmile však dospěla k pochopení práva na plný a rodičovskými předsudky neomezený život a osvojila si ho, nové hodnoty ji samy vedly a určovaly směr jejího dalšího života.

Frekvence a intenzita psychosomatických příznaků během léčby představovala značné výkyvy a bezpočet recidiv. Výsledky se stabilizovaly jen pozvolna a postupně, přičemž bylo zásadně důležité, že V. N. neztrácela motivaci a při recidivách nepropadala beznaději. Jako podstatné se jeví také to, že jí již v poměrně raném stádiu léčby začalo jít především o kvalitu jejího života. Rozhodla se, že chce žít co nejplněji, i kdyby se svých psychosomatických příznaků zcela nezbavila. S „užíváním života“ nechtěla (na rozdíl od některých jiných pacientů) čekat, až se uzdraví, ale naopak se uzdravovala tím, že podle učiněných vhlédů ozdravujícím způsobem měnila svůj způsob existence. Důležitým momentem tu byl patrně také její depresivní vhléd, kolik životních možností a příležitostí kvůli svému onemocnění promeškala. Tento vhléd jí ovšem umožnila psychoterapeutická skupina.

Složitá stabilizace léčebných výsledků kladla však značný nárok i na trpělivost terapeutů a na jejich schopnost porozumět smyslu pozorovaných změn. Bylo nezbytné se nenechat odradit recidivami, resp. stagnací příznaků a třeba „bez mapy“ pokračovat v léčebném procesu. Naplno se ukázalo, že případné uzdravení není věcí jediného „velkého objevu“, ale je výsledkem předem jen velmi nepřesně předvídatelného řetězce kroků, tj. vhlédů a rozhodnutí na straně léčené osoby a předsudkem nezatížené, důvěřivé a trpělivé odvahy psychoterapeuta kráčet společně s pacientem cestami, které jsou vždy jedinečné a neopakovatelné.

Významovosti.

Porozumění chorobě zásadně prospěl antropologický a biologizmu zbavený pohled na lidský svět, jmenovitě na oblast toho, co psychologové nazývají potřebami. Na Zemi obsahy potřeb jiných tvorů než je člověk tvoří samy věci. Pták své živiny získává rovnou, přímo z jiných živočichů, rostlin, z přírody. Slabší tvory, rostliny šči jejich části požírá a konzumuje přímo, bez dalších úprav srovnatelných s člověkem.

Nemá ani ohniště, pece, trouby, neukládá živony do krásných nádob, nemaluje je, nevystavuje, ani jimi nezdobí své příbytky a během jejich konzumace se neodívá do svátečních šatů..To proto, že svět se mu objevuje hole a jen konkrétně věcovitě, a nikoli jako člověku ve významech, které jsou vždy souvislostní. Podoby živin či jiné „objekty souzící k uspokojení potřeb jsou úzce vázány na to, co zvířata k životu potřebují. Svým instinktivním horizontem jsou „nižší živočichové“ vlastně naprosto sebestřední. Nezabývají se světem jinak, nežli v intencích konkrétní aktualizované potřeby. Jejich starostí je s co nejmenší námahou naplněný žaludek. /To, že si některá zvířata hrají je podivné, protože hra přesahuje okruh potřeb. Pokud ovšem, jak jsme viděli, nezahrneme hru do potřeby, která je pojata jako příprava na dospělost. (Ale proč si pak hrají dospělá zvířata?) Ale hra není to, oč jim běží. Není touhou. Hra je pro ně volností, která vyplývá z přebytku vitality po uspokojení potřeb. Hra je radost. U člověka je to ale jiné. Člověčí horizont nekončí před obzorem, jako je tomu u zvířat (jak bonmotem trefně poznamenal jeden kolega). Ani není tvořen konkrétními věcmi pevně svázanými s potřebami. Jeho horizont je tvořen významy, které věci mají, které jsou vždy také nezávislé na nás a našich potřebách, náladách, na našem ladění. Ostatně, úsilí o nalezení významových nezávislostí na našem stavu myslí a všeho dalšího čím by člověk mohl skutečnost ovlivňovat, je pro člověka jednou z nejcennějších met v dějinách myšlení. Poznání zcela zbavené vlivu naší osoby bylo ještě v minulém století považováno za skutečně a spolehlivě pravdivé. Zvířata ovšem nehledají pravdu, ale potravu. Nezávislé poznání je co nejvíce zbavené vlivu naší osobní kontaminace. I když se ukázalo, že to nejde, že s osobnostním koeficientem musíme počítat, poznání světa by nebylo možné, kdybychom, dívaje se z okna viděli jen sami sebe. (F. Perls v psychoterapii, ve filosofii pak subjektivisté a solipsisté).

Co to znamená, když říkáme, že svět se pro člověka objevuje ve významech? Znamená to, že ne nikoli věci samy, ale význam, který pro člověka mají je to, co člověk např. pojídá. Nejíme holé „to“, ale ptáčka na smetaně, kuře a la bažant, palačinky po francouzsku, pstruha v marinovaném župánku či buchtičky se šodó. A tak je to se vším, s čím se člověk setkává. Když jsem byl malý, obracel se mi žaludek při představě, že nějaký národ může jíst žáby. Nebo psy. Když jsem osobně pronikl a osvojil jsem si stejné významové souvislosti spolu (a jinak to ani nejde) , se vztahy (které jsou součástí i výrazy významů), změnil se můj vztah k dané věci a se žáby i psi jsem přestal mít problémy.

Skutečnost významovosti se netýká pouze jedné, ale všech oblastí potřeb.

Naše pacientka změnila svůj vztah k vlastnímu tělu. Jmenovitě k sexualitě, kterou dříve považovala za jí nevlastní oblast. Pak se jí vrátila menstruace a opět se rozvíjelo její ženské zrání.

Další poznatky o vlivu rodiny, rodinné spolubytí a fenomén „myství“

Jak bylo již naznačeno, práce se „střevem“ neoddělitelně souvisela s tím, co si pacientka prožila a osvojila ve své rodině, tj. ve vztazích se svými rodiči. Do nástupu psychoterapie se nepokusila o vzpouru a osamostatnění, které běžně proběhnou v pubertě a rané adolescenci. K tomu, aby se chopila svého práva postavit se autoritě rodičů, využila autority skupiny, včetně terapeutů. O ni se opírala, když vzdorovala citově vydírajícímu nátlaku rodičů, kteří ji (z důvodu své vlastní vztahové nouze) potřebovali udržet v extrémní infantilní závislosti. Tento jejich nátlak nabýval nevybíravých, až nedůstojných podob (např. když proti jejich vůli odjela s přáteli na hory a rodiče ji odmítli po návratu vpustit do bytu; tehdy přespala u kamarádky, což na druhé straně rodiče přimělo k ústupu). Skupina s doprovodnou podporou pracovala s jejími pocity viny a špatného svědomí, že je neposlušná „nevděčná dcera“.

Tento nadějný proces potkala komplikace. Když byla již rozhodnuta odstěhovat se do podnájmu, její otec vážně onemocněl. Nutně potřeboval zvýšenou péči, na kterou matka nestačila. (Později se ukázalo, že otec svoje onemocnění zveličoval proto, aby dceru udržel doma.) V této situaci měla pacientka pocit, že rodiče nemůže opustit. Avšak proces jejího existenciálního vysvobození z jejich moci kupodivu pokračoval. V řadě citově vyděračských a despotických požadavků ohledně péče o něj, které na ni otec kladl, se učila rozpoznávat, kde to bez ní opravdu nejde. Učila se říkat „ne“. Tím si u rodičů získávala respekt. Na druhé straně je to však popouzelo k útokům proti psychoterapeutickému procesu.

(Pozn.: Problém tzv. nedagnostikovaných účastníků psychoterapeutického procesu je velmi důležitý, a to nejen z hlediska právního a etického, ale také z důvodů léčebných i z hlediska plánování a vedení psychoterapie. Psychoterapie mnohem více než kterákoliv jiná léčebná metoda zasahuje do vzájemného soužití pacienta s jeho blízkými, jmenovitě pak vstupuje do života rodiny. Na lehkou váhu nelze brát ani názory, které říkají, že psychoterapie svým dílem přispěla k rozpadu tradičních rodinných vazeb svým důrazem na individuum a jednostrannou orientací na jeho potřeby (Zeman, 1974). Rovněž se psychoterapie nezabývá svými dopady na nepřítomné účastníky mimo rodinu (Szasz, 1984). Této kritice byla vystavena psychoterapie

zaměřená na hledání souvislostí mezi nemocí a působením rodičů. Fatálně negativní vliv rodiny na osud jedince a jeho marná snaha se z něj vymanit jsou jasně formulovány S. Freudem v Oidipově komplexu (Růžička, 1984; Růžička 2003). Jiným příkladem je pojetí „schizofrenních matek“, které za původce tohoto onemocnění považuje maminky s určitým druhem komunikace, tzv. „double bind“, a vztahu k dítěti v jeho časném dětství. Není pochyb o tom, že obě dvě „psychoterapeutické doktríny“ poznamenaly životy lidí, kteří nikdy nebyli psychoterapeutickými pacienty a na které psychoterapie působila nevyžádaně (Bateson a Bowen, 1978; Syřišťová 1972;). Podobně negativní dopad má opomíjení rodinných a vztahových souvislostí tam, kde jsou evidentní, a z hlediska nemoci a její léčby významné. A v neposlední řadě je patrná ideologizace psychoterapie, ke které jsou obzvláště náchylní mladí psychoterapeuti, pro něž se psychoterapie stává světovým názorem. (U nás tomuto vlivu postupně propadly takřka všechny směry a tato situace trvá.) Na druhé straně ovšem není možné pominout příznivý vliv psychoterapie na společenské postavení pacienta, lidská soužití, řízení, komunikaci a výchovu, což ovšem na podstatě problému, kterým je „třetí strana“, nic nemění.)

Vztah s rodiči naší pacientky se dostal do opačné perspektivy: ukázala se jejich nepřipravenost a bezradnost, zatímco dcera získala relativní převahu, které však proti nim nezneužívala. Tato okolnost vyústila do situace, kdy se od rodičů sice zatím neodstěhovala, ale začala uskutečňovat plán na získání vlastního bytu. Ve svém rozhodování a počínání už projevovala dospělosti přiměřenou svobodu a samostatnost, ačkoliv ji ovšem nevyhnutelná obrana vůči rodinným závislostem zatěžovala. Nakonec vzal vývoj poměrně rychlý spád. Rodiče se nepoučili a stupňovali na dceru svůj tlak a manipulativní jednání. To pacientku vedlo ke zvýšenému odporu a s ním k růstu vědomí svých práv i k aktivní emancipaci. Jednoho dne se objevila reálná možnost podnájmu, čehož bez váhání využila. Dva týdny před plánovaným odstěhováním svůj úmysl oznámila i rodičům. Následovaly jejich dramatické a okázalé výstupy, ale na věci se již nic nezměnilo. Za pozitivní jsme považovali odhodlanost a nově nabytou cílevědomost mladé ženy, stejně tak jako její rozhodnutí rodiče zcela neopustit a nezavrhnout, což dokazovala tím, že se neustále pokoušela najít přijatelný modus vivendi. Rodiče se pozvolna s novým pojetím vztahů s dcerou začali smiřovat, nakonec reagovali přiměřeně a matka dokonce i s jistou dávkou pochopení. Co však bylo příznačné a pro naše porozumění ilustrativní, u matky se objevily některé zažívací problémy, které měla kdysi v mládí, když se sama chtěla provdat za muže, s jehož volbou její rodiče nesouhlasili. Tehdy také dotyčná paní onemocněla

gynekologicky a rovněž trpěla průjmy jako její dcera nyní. Záhy se však seznámila s mužem, který se stal jejím pozdějším manželem, otcem naší pacientky. Pak potíže více méně zmizely. Během let se ukázalo, že gastrointestinální potíže se v různé míře a v různé intenzitě objevovaly vždy tehdy, když matka nezvládala tíživou životní situaci. I tentokrát, když si zvykla na dceřino osamostatnění, somatické potíže ustoupily.

Vedle toho, jak se ukazuje, že vznik, průběh i uzdravení z nemoci má svůj svérázný rodinný kontext i výskyt, nám vyvstává otázka, čím to, že je nemoc jakoby sociokulturně „usazená“. Abychom porozuměli tomuto jevu, nestačí jen nacházet a konstatovat rodově historické spojnice mezi nemocí, životním stylem a rodinnými vazbami, hodnotovými systémy a naučenými možnostmi i omezeními komunikace, ale je potřebné najít půdu, na níž všechny tyto jevy vznikají a probíhají. Podle našich poznatků se právě v psychosomatických nemocech objevuje jako základní existenciál spolubytí, „myství“, jak jsme jej svého času nazvali. I zde se jedná o „strukturálně motivační“ část osobnosti, která, podobně jako „jáství“, patří k osobě člověka. V daném případě jde nejen o poruchu jáských vlastností, ale i poruchu struktury „my“. Naše pacientka je vetkána do rodiny tak, že individuální struktury rodinného společenství, „myství“, které za normálních okolností podporují a harmonicky doplňují rozvoj a uplatnění „jáství“, mají sklon k tomu, aby je omezovaly. Je to proto, že rodina vnímá emancipaci pacientky jako ohrožení struktury rodového spolubytí a nebezpečnou situaci pro pacientčino duchovní zdraví. I ona sama do určité doby považovala odpoutání se od rodiny za nebezpečné. Teprve až když objevila novou možnost emancipace, která by možnost spolubytí zachovala v jiném, pro pacientku i pro rodinu přijatelném modu, léčba pokročila a rodinná situace se postupně stabilizovala.

Obecně: Při léčbě duševních i psychosomatických onemocnění je velmi důležité pochopit, jaký vliv má nemoc, ale i způsob a průběh léčby na stavbu a stabilitu rodiny i dalších společenství, ve kterých pacient žije. Nemáme ovšem na mysli obec či rodinu v personálním slova smyslu. Máme na mysli struktury spolubytí, „myství“, které jsou součástí každé osoby a zahrnují relevantní rodinu i další sociální útvary.

INTIMITA A „BÝT OSOBOU“

V této souvislosti se jako významné téma znovu objevil fenomén intimity. Pacientka vnímala svou intimitu vždy velmi nejistě a nejasně. Chovala se rozpačitě, jakoby stále bojácně a opatrně. I v běžných situacích se cítila nesvá, v rozpacích nebo jí bylo trapně. Občas se jí zdály trapné nebo úzkostné sny. Jeden z těchto snů byl následující:

„Pacientka je asi tak šestnáctiletá. Má první menstruaci. Je jí trapně. Hledá drogerii, aby si koupila menstruační vložky, ale žádná není nablízku. Když pak nakonec jednu najde, ta je plná lidí a ona se stydí, takže si nic nekupuje. Úzkostně se vyhýbá pohledům a hovoru s lidmi, aby na ní nic nepoznali. Je blízka mdlobám, ale pocit trapnosti je natolik silný, že ji udržuje v bdělém stavu.“

Jiný sen.

„Pacientka sedí na společném záchodě pavlačového domu. Záchod nemá dveře. Když už se zdá, že bude moci potřebu vykonat, někdo přichází, takže je vyrušena, a proto „jakoby nic“ odchází.“

V jiném snu „je pacientka doma, ale její pokoj má ve stěně otvor, kterým je možné nahlížet okolojdoucím dovnitř. Cítí se bezmocná a sama.“

Další sny.

„Nalézá se v neznámém městě. Potřebuje nutně na záchod. Nemůže jej najít, ale je jí trapné se zeptat. Potřeba je takřka nesnesitelná, raději se probouzí.“

„Je doma ve svém pokoji. Zamyká se, protože se chce převléci do nočního prádla, ale tu někdo vchází, jakýsi muž, klidně si sedne do jejího křesla a začne si číst její rozečtenou knihu. Chce mu něco říci, ale není s to ze sebe vypravit jedinou hlásku.“

Všechny tyto sny svědčily o tom, jak výrazně do její intimity zasahovali druzí lidé a jak málo byla schopná si ji bránit, chránit a budovat. Rovněž tak je zřejmé, že dotyčná o svém problému s druhými lidmi nemluví, je s ním sama, a ani nemá vědomí možnosti druhým sdělovat a s nimi sdílet své intimní záležitosti. Poslední sen také vypovídal o slabosti její sebeochrany. Podobných snů byla řada a postupně se rozkrývala nejen samotná problematika, ale i pozvolná náprava, kterou si v terapii i v životě zjednávala.

Když pak měla sen o tom, že *„do její pracovny v polední přestávce bez zaklepání vstoupila jakási žena, která se velmi neomaleně dožadovala pacientčiny služby, a ona ji vykázala z místnosti,“* bylo jasné, že se její vědomí intimity spolu s právy na jejich ochranu výrazně proměnilo. Předcházelo však množství nesčetných pokusů a snah o osobní změnu, růst a léčebnou nápravu. Byť byla V. N. vysokoškolsky vzdělaná, nemohla své osvojené vědomosti uplatnit, protože se sama jako osoba nebyla s to dostatečně rozvinout. Jak hluboká byla její osobnostní porucha, vidíme i v jejích gynekologických potížích. Protože se nemohla sama před sebou projevit jako osoba ženského pohlaví a tak se i přijmout, začala menstruuovat opožděně a velmi brzy také perioda přestala. Teprve v průběhu léčby u nás se její cyklus znovu obnovil.

Obecně: Problém intimity je spjat s vědomím sebe jako osoby. Aby člověk mohl být osobou, potřebuje vidět sebe jako někoho, kdo,

oddělen od druhých, sám sebe respektuje a kdo je zároveň jako druhý jinými rozpoznán a dostává se mu základního společenského uznání. Je ostatním na očích, ostatní jej jako osobu také vnímají. Takové „vnímání“ není věcí především smyslovou, ale věcí osobní, v níž hraje roli apriorní úcta. Nejde v ní tedy primárně **o psychofyziologickou, ale o antropologickou kvalitu**. Právě přehlížení druhého člověka jako osoby, jak to vidíme u naší pacientky, vede k tomu, že mu znemožňuje rozvoj zcela obyčejných, avšak existenciálně rozhodujících personálních projevů, nároků, jednání a vůle. Ovšem rovněž nerespektování sebe jako osoby invalidizuje mezilidské vztahy, deformuje osvojení zdánlivě samozřejmých věcí, jako je např. celý a složitý proces učení, znemožňuje či omezuje odpočinek a zábavu, ale rovněž narušuje fungování samozřejmých, zdánlivě odtažitých a samospádných fyziologických aktivit kteréhokoliv orgánu lidského těla, jako je např. zažívání, vyměšování, činnost oběhového aparátu nebo ovariální cyklus. Důsledky v prožívání a cítění jsou zpravidla okamžité, jiné, např. fyziologické „reakce“ jsou vzhledem k době působení opožděné. Sociální důsledky se mohou projevit až za desetiletí a doba jejich trvání přesahuje věk jednotlivce. Jsou součástí společenské tradice. Nemít sebe znamená ztrátu smyslu bytí ve světě, která zahrnuje na fyziologické rovině tělesnění ztráty tohoto smyslu.

Důležitou a s tímto související linií psychoterapeutického procesu bylo téma partnerského vztahu. Již v počátečním stádiu léčby se pacientka rozpomněla, že její masivní obtíže se „střevem“ nastaly v období, kdy o ni projevil zájem „potenciální partner“, který ji rovněž přitahoval. Chovala se však zcela nedospěle, zmateně a cítila rozpor mezi nároky situace a svou připraveností na ni. Mladý muž její chování posléze pojal jako odmítnutí a přerušil s ní kontakt.

Domníváme se, že tento zdánlivě epizodický vztah závažně urychlil rozvoj psychosomatického onemocnění tím, že v něm pacientka spatřila propastný rozdíl mezi nároky situace a svou ženskou nezralostí. To, že selhala před nároky této existenciální oblasti, ji natolik „rozladilo“ (rozladěnost zde neznamena onu běžnou změnu nálady, ale jedná se o existenciální, tedy celkovou disharmonii existence), že se jen tím více projevila její nesvoboda a bezmocná nepřipravenost vůči požadavkům běžného života.

V této souvislosti vyšlo najevo, že na zapřenou dochází také k jinému terapeutovi, který nás o svém působení neinformoval. Vyložil její chování jako ambivalenci k mužům. Pacientka se cítila provinile, nicméně výkladu „moc nerozuměla“. (Fakticky mu nerozuměla vůbec, neboť nepocházel z porozumění pacientce, ale čistě z teoretického předsudku dotyčného kolegy, což nakonec způsobilo ukončení její docházky k němu.) Nešlo totiž o žádnou ambivalenci, jak by se mohlo na

první pohled zdát, ale o mnohem hlubší existenciální projev. Vztahová nesvoboda pramenila z dosud neosvojené a nerozvinuté identity, nedostatečného vědomí práv ženy a spíše jen fragmentárně rozvinuté intimity, i když již naznačené a rozpačitě hájené. Srozumitelný byl pro nás její první psychosomatický příznak, který předcházel vředovému onemocnění tlustého střeva, což byly gynekologické potíže. Krvácející vřed v tlustém střevě lze pokládat za další a již rozpoznané bolavé místo, které stále pacientce připomínalo nejen její osudové selhání, ale ukázalo jí, jak málo je připravená žít samostatný život. Šlo o trvalé zranění, ránu, která se nehojila. Její tělesná podoba byla výrazem a tělesnou promluvou dlouhodobě nedostačujícího „bytí sebou“. Tkáňový defekt byl tělesným vyjádřením nejen rezignace na ženství, které se jí vzdalovalo, ale také znamenal ztělesnění „existenciálního prolapsu“. Ztrácela vlastní vůli, schopnost vést a ovládat svůj život a sama o sobě a o svých věcech rozhodovat, stala se již jen nemocnou osobou. Ochablá a postupně degenerující činnost pacientčina trávení byla dílčím (a také názorným) obrazem jejího životního stylu stejně tak, jak se jako její součást vyvíjelo ženské dospívání a menstruace.

Když se jí zdál v poměrně pozdním období léčby následující sen, vnímali jsme jej, vzhledem ke kontextu jejího vývoje, již jako známku pokroku.

„Pacientku pronásledovali pomocníci populárního zpěváka, o kterém ve snu věděla, že je upír. Chtěl by ji chytit, dopravit na skryté místo a tam jí vysát krev.“

Zde již muži vystupují sice jako nebezpeční tvorové, ale to, že má krev, o kterou by se mohli zajímat, jsme ve společném výkladu rozpoznali jako známku projevu její skutečné životnosti, která je pro muže žádoucí. Sen však také obsahoval známky jejího odříkání smyslových požitků. Teprve postupně se otvírala svému ženství a bylo to patrné i na jejím vzhledu a oblékání. Rovněž se chovala koketně k psychoterapeutům, což si mohla dovolit, protože „trénovala“ svoje ženství v bezpečí jejich profesionality. Avšak ani pak nebyly její pokusy získat partnera nijak snadné. Přítelkyně jí např. vytýkala, že svůj zájem o některého muže dává najevo příliš okatě. Poznámku vůbec nepochopila jako pravděpodobný drobný projev skryté závisti, jak ji upozornily „zralejší“ ženy ve skupině, ale naopak ji to vrátilo nazpět do provinilosti a stydlivosti. Další rozhovory na toto téma ve skupině ji ujistily, že se její počínání ubírá správným směrem.

Volby a rozhodování

V jedné psychoterapeutické skupině naše mladá žena sdělila, že podstatným momentem v úsilí o uzdravení bylo rozhodování o opuštění

nemoci nebo setrvání ve stavu nemoci. V důsledku pečlivého „prohlížení“ svého života v nemoci spatřila sebe, jak se pro úsilí, které by měla do spolupráce na léčbě vložit, nerozhoduje, ale jen se je snaží jakoby automaticky a pasivně, bez vlastního rozhodnutí a potřebného nasazení vykonávat. I když dříve svůj zdravotní stav chtěla změnit a snažila se dělat některé věci, které jí byly doporučeny, její úsilí vyznívalo naprázdno. Snažila se např. hubnout, dodržovat životosprávu, pokoušela se vystříhat některých nevhodných stolovacích návyků. Snaha v lepším případě přinesla dílčí změnu, zpravidla však neměla dlouhého trvání. Po čase se pacientka vždy vrátila ke starým způsobům a zvyklostem. Podobně tomu bylo s odchodem z původního domova. Myslela na to neustále. Ale stále neodcházela. Svoji váhavost si vysvětlovala starostí o stárnoucí rodiče a stále víc nemocného otce. „Jak bych je mohla opustit,“ říkala sobě i lidem na skupině, „vždyť by to bylo nemravné, necitelné a nevděčné.“ Také její přátelé v církvi byli toho názoru, že odejít od rodičů by vlastně neměla, i když na druhou stranu i oni žili povětšinou samostatně. Jejich názory ji spíše utvrzovaly v přesvědčení, že má zůstat žít s rodiči. Podobně tomu bylo s jejím typickým nedodržováním potřebného času na odpočinek a relaxaci podle vlastních potřeb a nároků. V této oblasti došlo nakonec ke změně nejdříve. Stalo se to tak, že si začala zaznamenávat míru únavy a pracovního nasazení spolu s výskytem krve ve stolici a podle nich regulovala svoje výkonové nasazení. Rozhodla se a pak svůj úmysl začala realizovat. Rozhodnutí přišlo nečekaně. Věděla však, že k němu došlo. Poznala to ona, poznali to i druzí. Na naši otázku proč se rozhodla, odpověděla jednoduše. „Protože to bylo nutné. Už nemělo smysl čekat na vnější zásah, náhodu ani na zázrak.“ Jednou, bylo to jak nám řekla v neděli večer po obvyklé, vyčerpávající a nic neřešící debatě s rodiči, se na situaci podívala s odstupem, který v rodinné situaci neznala, protože se jí zdál příliš racionální a „surový“. Nicméně vydržela v tomto postoji zhlédnout kus svého života i situaci tehdejšího večera a řekla si, že takhle už žít nemůže a také ani nechce. Připustila si to, co chce a co nechce, a náhle opět stála před nutností se rozhodnout a volit. Lekla se, přepadl ji strach a úzkost. Rozbolela jí hlava, což už dlouho nezažila. Zato střevní potíže jindy v podobné situaci obvyklé nenastaly. „Můj problém se přesunul,“ konstatovala. V noci měla řadu úzkostných snů, přeskakovala průrvy, šplhala do výšek, zápasila s někým, kdo ji rdousil. Ráno se probudila s vědomím „divoké noci“, nebyla však ani vyčerpaná, ani smutná, ale svěží a plná energie. Za několik dní poté potkala známou, která jí dala typ na bydlení. Neváhala, zašla tam a své rozhodnutí oznámila na skupině. Do dvou týdnů opustila domov. Její rozhodnutí bylo až překvapivě nezlomné a rozhodné. Výčitky svědomí ji na chvíli zkoušely nahlodat, ale mávla nad nimi rukou. Tak to bylo snadné, řekla později.

Zjistila, že jakmile se dokázala rozhodnout, volby prováděla lehce a ráda. Objevila způsob, jak se zbavit vyčerpávajících pocitů nejistoty a viny. Musela do svého života zavést samostatné a důsledné rozhodování. Musela také své rozhodnutí proměnit v energický čin. Pak už se všechno dalo do pohybu, teprve potom se pohnula i ona a s ní i její „střevo“.

Pokud chceme dosáhnout léčebné změny, je třeba, aby pacienti dospěli ke zjištění, že se musí sami v nemoci rozhodovat a tuto volbu také uplatnit ve svém vlastním životě. Nestačí proto ani náhled, abreakce, dlouhodobě neúčinná jsou naučená chování, pokud nejsou implementována do života. Je třeba přivést pacienty k poznání, že jejich životní situaci, jejich nemoc je třeba překonat volbou rozloženou do řady dílčích kroků. Už záhy v dětství, se vznikáním prvních podob jáských struktur, se děti musí rozhodovat a volit. Jakmile mohou rozhodovat, například o tom, že vydrží po určitou dobu strpět nedostatek nebo udrží moč či stolici, vstupují do nové oblasti, oblasti volby a rozhodování. Mohou se samozřejmě rozhodnout pro opak, že se například nepodrobí a svoji potřebu vykonají do plenek. Ale jakmile jsou s to mít tělesnou zónu nebo její modus pod kontrolou, volba je od té chvíle nevyhnutelná. Rodiče usilují o to, aby děti nemusely být příliš brzy vystaveny výchovnému nucení, jsou proto trpělivi a tolerantní, což je pro děti zároveň signálem, že se mohou rozhodnout, zda se podřídí nebo ne. Takto se děti učí podrobovat a zároveň žít svobodně. Výchova láskou a porozuměním pak umožňuje, aby se dítě přizpůsobilo požadavkům dospělých a přitom neztratilo ani svoji důstojnost, ani svobodu.

Volba je předpokladem jáství stejně tak, jako jáství je předpokladem volby. Bytost, která o sobě ví, je nucena tuto skutečnost brát na zřetel a užívat ji nejen k sebereflexi, ale také v situaci, v níž se musí rozhodovat. Když máme v držení nějakou věc, jsme nuceni se o ni starat nebo ji jen tak zanechat bez nás, samu o sobě. To ale udělat se sebou nemůžeme. Máme se neustále „na krku“. Nemůžeme se sami sebe jen tak zbavit. Můžeme se sice o sebe nestarat jako o šaty, které prostě necháme na sobě a nedbáme o ně, ale stejně si jsme oněch šatů vědomi podobně, jako jsme si vědomi toho, že na ně, podobně jako na sebe, máme určité nároky. Zanedbání je pak ukáže v dramatickém světle. Můžeme od sebe utíkat a unikat, způsoby jsou známé, ale zbavit se sebe můžeme pouze sebevraždou nebo příchodem naší smrti.

Starost, kterou se sebou máme, je tím větší, čím naše vědomí sebe roste a čím rovněž roste naše sebepoznání. Starost o sebe je starostí prvotní a není primárně obstaráváním, jak se domníval M. Heidegger, ale péčí (Heidegger, 1996). Naše vlastní existence nás k takové starostlivé péči o sebe vybízí.

I pro takové zdánlivě dané věci, jakými je pohlaví či dospívání, se člověk musí rozhodnout. Představa, že člověk, podobně jako rostlina či

jiný živý organizmus, ke svým „biologickým determinantám“ jen tak v čase dorůstá či dospívá jako strom nebo zvíře, je polovičatá, a proto mylná. Člověk má ke svému údělu, na rozdíl od jiných živých bytostí, postoje, a to proto, že o sobě ví a nemůže jinak. Není mu vůbec lhostejné, kým a čím je, jako tomu je u zvířat. Postoj k sobě také není věcí intelektu, ten je pouze předpokladem nutným, ale nikoliv dostačujícím. (Počítače asi budou časem mnohem „chytřejší“ nežli lidé, ale nikdy nebudou lidem rovni, nebudou-li mít sebe jako osobu.) Právě proto, že se také máme jako oddělenou součást sebe, jsme nuceni se sebou zacházet, jednat, zabývat se, a tím pádem se o sebe starat a ve starosti o sobě také rozhodovat. Jsme nuceni se rozhodovat, co se sebou uděláme, jak se sebou naložíme a k čemu se rozhodneme. Se všemi omezeními, která jsou nespočetná, jsme nuceni volit, jsme odsouzeni k volbě. O tom, jací jsme, nerozhodují naše vlohy a schopnosti, doba či kultura, ani nevědomé či zautomatizované obsahy raných či pozdějších zkušeností, ale právě tyto naše volby! To věděli staří Řekové, věděl to Shakespeare, téma rozpracovali existencialističtí intelektuálové a ví to i pan prof. Brumbál z Harryho Pottera. Při běžném životním provozu, který naštěstí převládá, se zdá, že jaksi automaticky přitakáme biologickým a sociálním determinantám, které nám vládnou, či je jen nevýznamně alterujeme a situačně upravujeme. Zdá se, že největší pocitu štěstí máme tehdy, když se nám podaří sladit živočišné zájmy se zájmy sociálními. Taková harmonie je zároveň důkazem toho, že patříme do obou sfér zároveň. To, že jsme nuceni svému životu a jeho určujícím vlivům přitakat nebo je měnit, se objeví na křižovatkách. Tehdy se ukazuje, že našim údělem je nutnost rozhodovat se a volit. U neuróz vidíme zřetelně, jak neochota přitakat životu takovému, jaký se člověku otevírá ve svých možnostech, vede k nemoci. V jiných případech je jasné, že volby byly chybné. To však nic nezmění na skutečnosti, že na křižovatkách, kde musíme sami rozhodnout, jak dál, je věcí našeho rozhodnutí. Naše pacientka odmítala přijmout své dospívání, snažila se odpovědnost za svůj život jako malé dítě ponechat v rukou rodičů a rozhodování o sobě odmítala do krajnosti. Tuto skutečnost obsahující osobní odpovědnost za sebe proměnila na vinu a tu pak svalovala na jiné, či dokonce na své odcizeně pojaté střevo. V jejím případě se tato rozhodnutí nerozhodovat se proměnila v chronickou vředovou chorobu. Tato choroba, jak jsme zde vyložili, ovšem nebyla pouze nemocí zažívacího traktu, ale nemocí celé existence.

Tvrdili jsme, že rozhodování a volby o tom, jací budeme, se týkají i tak evidentně biologických věcí, jakou je například sexuální orientace. Na první pohled je to nesmysl. Vždyť existuje bezpočet důkazů o tom, že je-li člověk homosexuální, pokusy o uspokojivý heterosexuální život selhávají. Homosexuální způsob života pak je jimi přijímán a žit mnohem

snadněji a s uspokojením. Avšak při bližším pozorování a psychotherapeutické práci zcela jasně vidíme, že proces přijetí vlastní pohlavnosti je nejen mnohaletý a nezačíná v období Oidipova komplexu, ani nekončí s pohlavní dospělostí, ale že pohlavnost je také přitakání určitým hodnotám, je věcí životní a nejen sexuální orientace. Během života se malé dítě stejně tak jako dospívající člověk, zralý muž či žena musí propracovat a projít každodenním zápasem a úsilím v potvrzování vlastního pohlaví nebo odcizování se mu, musí procházet zápasem, který zahrnuje nejen sexuální praktiky, ale také způsob života, ideovou a morální orientaci, způsob budování a uskutečňování vztahů, rozvrh životních cílů, intencí a způsobů i smyslu seberealizace. Nepominutelné je zohlednění „vnitřních hlasů, názorů a přesvědčení“, které nelze zúžit jen na pouhé dozvuky rodičovských příkazů a nabádání stejně tak, jako je nepřijatelná jejich redukce na slepé „biologické impulzy“ či incentive, ani na otrocky interiorizovanou strukturu odezvy lidí dané společnosti a kultury. Být mužem nebo ženou je vždy také jednou z modalit lidství, která umožňuje být člověkem v celistvosti. A tak tomu je ve všech oblastech existence.

Popsaná situovanost přináší paradox; naše volby jsou nutné a vynucené, avšak samotná volba je aktem a projevem naší speciální svobody, do které jsme vlastním ustrojením nuceni. Svoboda má také daleko k tomu, abychom ji měli bez ohledů a bez zřetelů. Některé vynucené volby, jak nám ilustruje „Sofiina volba“, jsou ovšem jen tragické.

Základní volbou vedoucí k uzdravení, kterou V. N. vykonala, bylo rozhodnutí se pro kroky, které vedly k přijetí základních podmínek nabízené léčby. Přijala riziko možného neúspěchu, aktivní přístup k léčebnému procesu a vložila svoji důvěru ve všechny členy skupiny včetně nás psychotherapeutů. Byla zároveň ochotná vzít rizika spojená s možným neúspěchem i na svá bedra. Pochopila, že ani my, ani ostatní členové skupiny nejsou zodpovědní za její život, zdraví či nemoc, ale pouze za to, co jejich profese, respektive skupinová účast, umožňují. Všimnuli jsme si, že pacientka v dobách krizí a ohrožení z nich nikdy neobvinila ani nás, ani rodiče či ostatní lidi. Odmítnutí křivdy jako formy falešného obvinění druhých z odpovědnosti za její nemoc se nám jevílo jako jeden z dalších klíčových postojů vedoucích k úspěšnému průběhu jejího léčení.

Další vývoj léčby

Ve spojitosti se zaměřením na výkon se řešilo u pacientky i téma práce. Již poměrně záhy po zahájení ambulantní skupinové psychotherapie projevila značnou snahu znovu si najít nějaké vyhovující

zaměstnání. V jejím oboru na trhu práce převládá poptávka nad nabídkou. Nebylo pro ni tedy ani tak obtížné najít práci, jako spíše v ní navzdory nemoci obstát. Zpočátku tedy bylo podstatné, aby pracovala jen tolik hodin za den, resp. za týden, kolik uneslo její „střevo“. Než si vyladila vyhovující režim práce a odpočinku, zažila několik psychosomatických recidiv. Avšak její odolnost, a tedy i práce schopnost se postupně zvyšovala, až byla schopna být zaměstnána na plný úvazek. Jako úspěch prožívala i to, že jí byl odňat invalidní důchod, protože to pro ni byl důkaz, že se užívá vlastní prací.

Z jejího pera:

„Ted' už pracuji na plný úvazek jako učitelka angličtiny na střední a vyšší odborné škole cestovního ruchu. Už mi sebrali i částečný invalidní důchod a já to беру jako příspěvek za vstup do života zdravých lidí. Nějaké léky na střeva ještě беру, ale Prednison už dávno brát nemusím a psychofarmaka jsem zmenšila na příležitostné minimum. Jsem šťastná, že mohu cestovat do zahraničí i do své milované Francie, že mohu chodit do práce, do kina, do restaurace. Jíst už smím skoro všechno. Připadám si strašně spokojená a moc si to užívám. Samozřejmě nejsem bez problémů. Ráda bych se zbavila všech léků a potkala toho pravého, ale to už jsou takové další štafety na cestě za zdravím a vyrovnaným životem a já se i na ten běh, který je přede mnou, těším.“

Je pozoruhodné, že ačkoliv pacientka získala i svou pracovitost nepřiměřenou výchovou v rodině, přesto se tato stala jedním z hnacích motorů jejího uzdravování. Pracovitost byla jejím výrazným a trvalým osobnostním rysem. Důležité bylo, že si během skupinové terapie otevřela novou možnost svobodnějšího vztahu k práci. Stalo se tak v rámci postupného nabývání svobodnějšího vztahu ke své výkonnosti. Již se neřídila imperativem veřejného mínění, že „se má“ pracovat, ale pracovala, protože chtěla. Avšak přehodnocení jejího přemrštěného vztahu k výkonnosti neprobíhalo hladce. K novému porozumění dospívala velmi klopotně. Někdy se jednalo o krajně subtilní významové posuny, které kladly značný nárok na postřeh a porozumění psychoterapeutů. Během rozhovoru např. nevysloveně vyšlo najevo, že pacientka své umírnění výkonové motivace pokládá jen za dočasné opatření v zájmu uzdravení, ale po něm jí dá opět naplno průchod. Zde bylo nutné poukázat na nevyhnutelnost trvalé změny a pravého osvojení odpovídajícího vztahu k výkonnosti.

Mnohem více než dříve odpočívala, ale po víkendech se paradoxně cítila hůře než před nimi. Při podrobnějším zkoumání jsme zjistili, že představa odpočinku je jí cizí a ani jí nerozumí. Když

odpočívala, tak de facto bezcílně a bezobsažně polehávala, ztraceně a neuspokojivě těkala a zoufale se propadala v čase, který jí ani nepatřil, ani s ním sama nehospodařila, ale byla v něm uvězněna; také se v něm s nikým a ničím nemohla setkat, i když jako malé dítě po setkání toužila. Uvědomovala si, že tento čas jí nepatří, byla přesvědčená, že na něj nemá nárok. Volný čas v nemoci byl časem míjení a bloudění, během něhož se nudila, a jehož smyslu vůbec nerozuměla.

„Připadá mi, že to není můj čas a moje volno, něco, co mám ráda, co je mi blízké a na co bych se těšila.“

S uvědoměním si svých práv a přisvojením si „ukradeného času“ se před ní otevřel zcela nový životní směr. Bylo pro ni překvapivě objevné, když zjistila, že i volný čas je něco, oč je třeba pečovat a starat se, co je nutné rozvíjet a kultivovat. Pochopila, že své volno je nezbytné určitým způsobem plánovat, organizovat a naplňovat činnostmi, pro které se rozhodla a které jí přinášely smysluplnou volnost, radost a potěšení. Hledání smysluplné a adekvátní rekreace jsme věnovali poměrně dosti času. Učila se ochotně a rychle. Objevila, že pravý odpočinek jí přinášejí společenské kontakty, návštěva kulturních akcí a vycházky do přírody. Začala také cestovat, což patřilo k jejím dávným a již takřka zapomenutým snům.

Komplikace i další úspěchy

Jedna cesta pro ni znamenala prudké zhoršení psychosomatických střevních příznaků. Byla to cesta do USA. Odjela tam na pozvání příbuzných, u kterých tam rovněž bydlila. Setkala se zde s nadřazeneckými předsudky, které se na ni dívaly jako na „líného parazita z Východu“. Velmi nelaskavě jí bylo řečeno, že se o ni nikdo nebude starat a pro pobyt si všechno musí zařídit sama; nedostalo se jí ani základních informací o tom, jak si zařídit permanentní jízdenku do metra, platební kartu atp. Pacientku tyto postoje a zacházení uvedly nazpět do atmosféry nesmlouvavé a nelaskavé náročnosti. Její přeladění bylo ještě nestabilní, a proto opět upadla do podřízenosti vůči znehodnocující autoritě, navíc podpořené prestižním rázem nového prostředí, kde se jí nedostávalo žádné osobní podpory. Její nově nabyté poznatky a vhléd ztratily svůj lesk a ukázalo se, že v praxi moc neobstály. Vnějšíkově se sice nesesypala, i když měla tendenci se své panice a bezmoci poddat. Popsaná situace však byla tak náročná, že po návratu a uvolnění tenze se její naznačené rozladění opět naplno dekompenzovalo a její potíže se sice ve slabší, ale neméně imobilizující podobě vrátily. Zotavování naštěstí netrvalo dlouho, asi měsíc. Pak opět

získala potřebnou půdu pro svůj předešlý život a pokračování v další léčbě.

Jak bylo již naznačeno, celkové přeladění existence u pacientky nemohlo spočívat pouze v osvojení si přiměřenějšího životního režimu, i když ani bez něj by výsledky léčby nebyly trvalé. Neméně rozhodující bylo osvojení si práv a existenciálních možností o svých právech nejen vědět, ale také si být vědoma práva na jejich obranu. Pacientka tuto situaci nazvala „zrodem svého občanství a občanské důstojnosti“. Stála před námi dospělá žena budící respekt a úctu.

Příležitost prověřit si svá nová poznání na sebe nenechala dlouho čekat. V pacientčině pracovní oblasti to ukazuje příklad s její kverulantskou žákyní. Šlo o studentku, která delší dobu pobývala v zahraniční vzdělávací instituci, a tím nabyla přesvědčení, že ví všechno nejlépe. To dávala hlasitě najevo a podkopávala odbornou autoritu V. N. Ta se na určitou krátkou dobu dostala do stavu, kdy se obávala, že bude muset opustit zaměstnání. Avšak během diskuse o tomto tématu ve své psychoterapeutické skupině si vytvořila taktiku jednání se zmíněnou studentkou, kterou pak také s úspěchem uplatnila. Tato taktika měla dvě stránky. Pacientka si uvědomila, že se během výuky nemusí zcela a beze zbytku vydávat svým žákům. Ostatně i oni se k ní vztahovali pouze jako studenti. Opustila svůj požadavek nepřiměřených nároků dát do výuky vše a rovněž takto se stavěla ke svým žákům. To pomohlo zvládnout její tělesné nasazení. V roli učitelky pak zůstávala mnohem klidnější, uvolněnější, a ne tak vyčerpaná. Lékaři obecně doporučené „šetření sil“ začalo mít svůj určitý existenciální obsah a konkrétní formy proveditelnosti. Přestala mít úzkost a pocity nekompetence a její pozice v zaměstnání se upevnila. Změnil se i její postoj k žákyni. Chování žákyně začala V. N. vnímat jako „její problém“, kterému nejen rozuměla, ale měla pro něj i jisté pochopení. Ona mladá žena se jí jevila jako nesvobodná a v požadavcích na sebe i autoritu nepřiměřeně náročná osoba. Když takto pacientka změnila své postoje, začala se studentkou jednat klidně, bez napětí a tuto cestu otevřela i pro ni. Situace se tak zklidnila.

Svou možnost být sama sebou si pacientka otvírala a udržovala i během skupinového rozhovoru, kdy musela čelit kritickým a někdy až znehodnocujícím výrokům některých spolupacientů vůči své osobě, kteří měli, jak jinak, podobné potíže jako ona. Ostatně i tyto situace posloužily jako příležitost chopit se svých práv a možností.

Při této příležitosti se otevřelo ještě jedno téma, totiž téma spolubytí. Pacientka internalizovala jeho dvě krajní podoby. Buď se cítila izolovaná, osamocená a opuštěná, nebo naopak podléhala druhým a ztrácela tím svoji osobitost, vůli a práva. Námi vedená skupinová psychoterapie obsahovala řadu komunitních prvků

vyjádřených organizací denního stacionáře i celotýdenních pobytů mimo objekt stacionáře, zpravidla mimo městskou aglomeraci. Komunitní pobyt, kde mohla být s lidmi také při stolování, společných intenzivních, ale mimoléčebných aktivitách, jí přinesl řadu příležitostí být s druhými lidmi tak, jak to cítila a chtěla.

Léčebné pobyty

Komunitní systém pro psychosomatické pacienty se mj. vyznačuje tím, že vedle skupinové psychoterapie mají pacienti řadu aktivit, které si vytvářejí a organizují sami nebo ve spolupráci s námi. Režim dne obsahuje dostatek volna, široký výběr tělesných aktivit, možnosti společné zábavy a komunikace dle vlastní volby. Společné chvíle vnímají pacienti jako příjemně a bezpečně strávený čas, ve kterém je místo pro legraci, v němž se lidé cítí být druhými akceptováni a respektováni, a kde také mohou uplatnit své názory i postoje a vyjadřovat se svobodně a otevřeně. Komunitní psychoterapie je orientovaná na jednotlivce i na komunitní celek. Na pobyty rovněž zveme rodinné příslušníky a připravujeme i pro ně speciální program.

Naše mladá žena se pobytu zúčastnila a byl pro ni jedním ze zlomových momentů léčby. Cítila se volně a mohla si dovolit být spontánní, vyzkoušela si, jak nám řekla později, věrohodnost ujištění, že cokoliv z programu může dělat a cokoliv také může odmítnout. Nechodila na rozcvičky, občas zaspala dobu snídane, jednou místo skupiny odešla na procházku, kritizovala večerní program a výlet do hor. Všem těmto jejím připomínkám se dopřávalo sluchu a za žádné své chování nebyla sankcionována. Komunitě začala věřit. Ke konci prvního z výjezdových setkání se cítila mnohem lépe než dříve a na jejím zevnějšku i chování to bylo znát. Při druhém setkání jsme nacvičovali společný zpěv a další věci do programu, komunita byla vyladěná na společnou notu a pacientka prožila to, co jí chybělo. Totiž vědomí, že je součástí společenství, které jí přijímá takovou, jaká je. Tato zkušenost jí, po konfrontaci s dosavadními zkušenostmi, zásadním způsobem pomohla začít se energicky odpoutávat od společenství rodiny.

Druhý pobyt prožila v jakémisi šťastném vytržení. Domů se vrátila posílená a odpočatá, a to navzdory tomu, že se fyzicky „přetěžovala“, nedodržovala předepsanou dietu, a dokonce několikrát po sobě bděla dlouho do noci ve společnosti účastníků pobytu. Otevřela se v ní dlouho zanedbávaná a omezovaná oblast „myství“, nenaplněvané možnosti spolubytí.

Na konci pobytu referovala o snu, který hovořil sám za sebe. Zdálo se jí *„o pusté krajině, na kterou padají kapky deště. Dychtivě je pije a*

dříve nehostinná půda se začíná zelenat nově vzklíčeným porostem.“
Tento snový prožitek považuje za osobně významný.

Současný stav

Pacientka se chystá na ukončení léčby. Už jednou, asi před půl rokem, o tomto kroku veřejně uvažovala. Vzala si ještě čas na další dotažení léčby, ale mezitím si upevnila své postavení v životě. Odstěhovala se od rodičů do podnájmu a cítí se velmi dobře. Uvažuje o známosti, ale chtěla by ji navázat již zcela sama, bez pomoci psychoterapie. Také chce mít více času na aktivity v obci církve, které je členkou. Nebere žádné léky a své občasně somatické potíže související s ulcerózní kolitidou dokáže zvládnout více méně sama. Skupina ji, jak to bývá obvyklé, od tohoto kroku trochu zrazuje, částečně proto, že o ni lidé mají strach, a také proto, že ji nechtějí ztratit. Zdá se však, že tento čas nastal a je jen otázkou týdnů, kdy svoji situaci v životě i ve skupině ještě posoudí a pak odejde.

Když jsem ji posledně viděl s jakou energií a jiskrou jednala ve skupině, viděl jsem živou mladou ženu, která má veliký osobitý šarm a kouzlo. Také mne zaujala její nepřehlédnutelná živost a dobrosrdečný, štiplavý humor. Myslíme si, že již nepochybně nastoupila cestu svého svobodně a nezávisle vedeného života.

Některé základní časové údaje

První etapa léčby začala v roce 199x pobytem v denním stacionáři. Zde byla pacientka léčena v systému komunitní a skupinové péče. Psychoterapeutický program sestával z ranní komunity, dvou interpersonálních skupin v průběhu dne, relaxace a neverbálních či doplňkových skupinových aktivit. Léčba trvala 10 týdnů.

Poté byla pacientka předána do ošetřování internímu lékaři s doporučením pokračovat v doléčovacím programu u nás, které neakceptovala.

V roce 200x vyhledala naše zařízení, stav byl zhoršený, pacientka v úplném invalidním důchodu. Po několika osobních setkáních a několikaměsíční přípravy a rozhodování vstupuje v r. 200xx do docházkové skupiny 1x týdně. Léčba byla ukončena na jaře roku 200y. Celková délka trvání nemoci: 15let, u nás léčena 10 týdnů intenzivně, ambulantně 2,8 roky. Vedoucí skupiny byli PhDr. J. Růžička, Ph. D. a PhDr. O. Čálek, CSc. Medikaci s velkou citlivostí a respektem pro psychoterapii a s ní související průběhové změny zajišťovala MUDr. M. Skovajsová.

Závěr

Předložená kazuistika mladé vysokoškolačky, která trpěla závažnými příznaky ulcerózní kolitidy, ukazuje několik důležitých věcí. Při psychotherapeutické léčbě se postupovalo v daseinsanalytickém duchu, a to obecně metodologicky i konkrétně prakticky. Souvislosti tzv. „psychosomatické“ se ukazují jako jednotlivé stránky téže věci, totiž celé existence, k níž patří tělesnost stejně tak jako duševní život nebo spolubytí v rámci rodiny a jejích vazeb i pout. Proto také neplatí tradičně pojaté kauzální vztahy mezi psyché, sóma a společností odvozené z časoprostorových vazeb těles či jejich funkcí, tzv. „jednota bio-psycho-sociální“, která je ovšem vykládána fyzikalisticky. Náš pohled je souvislostní. Pokud nahlížíme na člověka celostně, pak je zjevné, že nedává smysl jednotlivé složky vzájemně podmiňovat kauzálně, neboť jsou aspekty téhož celku. Příklad: krychle je tvořena jednotlivými stranami. Jedna strana ale nezpůsobuje stranu druhou stejně tak, jako jednotlivá příčka žebříku nezpůsobuje další příčky či cokoliv ze žebříku. Pouze společně, každá na svém místě, tvoří celek. Uvnitř konstrukce krychle či žebříku samozřejmě působí řada fyzikálních vlivů, kauzálních vazeb, které je možné a také užitečné zkoumat a sledovat. Kauzalita tedy vysvětluje pouze tyto děje, nikoliv však celek jímž žebřík je ani smysl konstrukce krychle či žebříku. Evropská tradiční medicína se deklarativně zabývá konstrukcí. Výtečně umí zacházet s Celek a jeho smysl jí uniká.

Když hledáme a objevujeme jednotlivé aspekty existence a jejich vzájemné vazby, rozumíme více člověku a takto i smyslu nemoci. Takové porozumění otevírá člověku nové možnosti i impulsy k zacházení se svojí chorobou v kontextech celku a v rámci existenciálních horizontů. Již to je samo o sobě úzdravné.

Kazuistika nám ukazuje ještě jednu důležitou věc, totiž mnohvrstevnost a posloupnost léčebných akcí, které kopírují povahu i vývoj nemoci i nových kroků v životě pacienta a v důsledku toho i voleb a činů nezbytných k uzdravení. Pokud psychotherapie probíhá po stejné linii, po jaké se ubírá život pacienta v jeho kontextech, léčba se daří. Sepětí léčby se životem je úspěšné v individuální formě léčby i v komunitním a skupinovém léčebném systému. Ukazuje se, že přizvání rodiny či některých jejích členů může být užitečné. Rozhodně však se nedomníváme, že jedna forma léčby je a priority lepší než druhá. Rozhoduje smysluplnost a uskutečnitelnost té či oné formy či jejich opatrná kombinace. Kazuistika odpovídá na otázky „jak“ i „proč“. Témata „symptomu“, „osoby“, „hodnot“, „intimity“, „práv“, „spolubytí“ a další se vždy objevují v souvislostech celku existence a ve vztáženosti k němu; celkem existence však není osoba pojatá jen „jásky“, ale také v modech spolubytí, v „myství“.

Tento léčebný přístup měl prokazatelné pozitivní léčebné výsledky. A konečně zmíněná kazuistika má obecná fenomenologická východiska i daseinsanalytická vodítka, ilustrovaná ukázkami z léčby.

LITERATURA

- Alexander, F. Dynamic Psychiatry. Chicago: The University of Chicago Press, 1952
Bateson, G., Bowen, M. Family Therapy in Clinical Practice. New York: J. Aronson, 1978
Bergin, A. E., Garfield, S. L. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 1994
Boss, M. Grundriss der Medizin und der Psychologie. Stuttgart, Bern : Huber, 1975
Condrau, G. Sigmund Freud a Martin Heidegger - daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie. Praha: Triton, 1999
Freud, S. Beyond the Pleasure Principle. S. E. 18. London: Hogarth Press, 1920
Freud, S. The Ego and the Id. S.E.19. London: Hogarth Press, 1923, s. 22-66
Freud, S. The Economic Problem of Masochismus. S. E.19. London: Hogarth Press, 1924, s. 159-170
Hogan, C.C. Inflammatory Disease of the Colon. In: Wilson, C. P. Psychosomatic symptoms. London: N. Jersey . J. Aronson, 1989
Heidegger, M. Bytí a čas, Praha: Oykoymenh, 1996
Chvála, V., Trapková, L. Rodinná terapie psychosomatických poruch. 1. vyd. Praha: Portál, 2004
Kordač, J. Vnitřní lékařství II. Praha: Avicenum, 1988
Lukáš, K. Záněty tlustého střeva. In: Medicína po promoci, r. 4, č. 4, str. 6-10, červenec-srpen, 2003
Poněšický, J. Úvod do moderní psychoanalýzy. 1. vyd. Praha: Triton, 2003
RŮŽIČKA, J. Nový výchovný systém v kolektivních zařízeních a spolupráce s rodiči. Praha: KÚNZ Praha, metodická pomůcka, 1984
Růžička, J. Oidipův osud a Oidipův komplex. In: Růžička, J., Skála, J. (ed.). Psychoterapie III. Sborník přednášek. 2. vyd. Praha: Triton, 1997, s. 212-221
Růžička, J. Péče o duši v perspektivách psychoterapie. 1. vyd. Praha: Triton, 2003
Syřišťová, E. a kol. Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989
Syřišťová, E. 1972
Szasz, T. 1984
Zeman, K. Smysl nemoci. Referát na Psychoterapeutické konferenci, Luhačovice, 1974

SOUČASNÉ TRENDY

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

část 4.

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

4.3.2 MECHANICKÝ A SÉMOTICKÝ MODEL: STROJ A ŽIVOUČÍ SYSTÉM

Položíme-li si tedy ještě jednou otázku, jak je možné vysvětlit neobyčejné úspěchy biomechanického modelu,

když pouze biosémiotický model umožňuje adekvátní uchopení fenoménů života, pak můžeme nyní odpovědět následovně: Biomechanický model popisuje jeden důležitý dílčí aspekt modelu biosémiotického. Tohoto dílčího aspektu si nyní musíme povšimnout zevrubněji.

Každý přenos informací, to znamená každý znakový proces, potřebuje fyzikální děj umožňující změnu smyslových orgánů (receptorů) příjemce. Jakýkoli model pro přenos informací, který tuto okolnost vypouští, je stejně nedostatečný jako model, který se omezuje pouze na ni. Z tohoto hlediska je již pojem „přenos informací“ matoucí; nedochází totiž k přenosu informací nebo znaků, nýbrž pouze fyzikálně měřitelných signálů.

Tuto skutečnost je možné ilustrovat na příkladu telefonního rozhovoru: Prostřednictvím slov a vět, které pronáší do telefonního přístroje, „vysílá“ mluvčí znaky popř. informace, které kódoval ve svém jazyce. Jakmile však tyto informace opustí hrtan, sestávají již pouze ze vzdušných vln, které přístroj pomocí mikrofону promění na elektromagnetické kmitání, přenesené je k příjemci na druhém konci linky a tam je za pomoci membrány opět promění na vzdušné vlny. V této podobě pak informace dosáhnou ucho příjemce. Ucho je musí překódovat do tónů, které příjemce převede na znaky obsahující informace. Tóny převádí příjemce na znaky pomocí kódu, který používá „vysílající“.

Špión, jenž se napíchne na telefonní linku, se může zapojit do rozhovoru a přijímat tytéž vlny popř. tóny jako příjemce, pro něhož jsou určeny. Špión však porozumí slovům a větám pouze tehdy, ovládá-li kód jazyka, v němž jsou tóny, které vnímá jeho ucho, zašifrovány. Bez znalosti kódu je schopen registrovat prostředek přenosu, ale nemůže přijímat znaky či informace. Tento příklad ilustruje vztah a závislost obou modelů.

Biomechanický model je bez biosémiotického „slepý“; biosémiotický model je bez biomechanického „ochrnutý“.

Dodáme-li navíc, že mechanika nás informuje o pravidlech, pomocí nichž jsme schopni identifikovat a „manipulovat“ fyzikálními fenomény, objasňují tyto souvislosti úspěch biomechanického modelu v medicíně. Úspěchy biomechanické medicíny se zakládají na tom, že její modely poprvé umožnily identifikovat – a změnit – prostředky sloužící k přenosu znaků. Biomechanický model interpretuje tyto fenomény pro pozorovatele a pro jeho možnosti je mechanicky

upravovat. Neinterpretuje ale to, co tyto fenomény znamenají pro pozorovaný živoucí systém, jehož receptory jsou ovlivňovány.

4.3.3 „DVOUSTRANNOST“ ZNAKU ZE SÉMIOLOGICKÉHO HLEDISKA

Dvoustrannost, podle níž se každý znak skládá z „materiálního“ nosiče neboli prostředku přenosu (tzv. *svět k ověřen*í, pozn.Ch.) a z „nemateriálního“ obsahu – svého významu nebo zprávy (tzv. *svět k uvěřen*í, pozn.Ch.), nadhazuje otázku, která má velkou váhu jak pro teorii poznání, tak pro medicínu. Vrhají nás pojmy „materiální“ a „nemateriální“ zpět k ontologickému dualismu, jenž ve smyslu Descartovských pojmů „res extensa“¹ a „res cogitans“² postuluje „materiálně-fyzické“ a „nemateriálně-duševní“ bytí?

Sémiootický přístup nám napomáhá se této pasti vyhnout. Uvádí, že všechno, co víme, se zakládá na znacích, které přijímáme a jejichž význam interpretujeme podle našeho kódu. Regulační obvody, funkční obvody a situační obvody (o nichž ještě pojednáme) jsou rekurzivními modely, které popisují, jak dochází ke kódování znaků na základě systémově imanentních interpretantů. Otázka tedy nezní, co pojmy „materiální“ a „nemateriální“ znamenají pro bytí existující nezávisle na nás, nýbrž: Co znamenají pro nás jako interprety?

Pro interpreta se může u obou pojmů jednat pouze o dva různé znakové procesy, které se spustí při přijetí znaku. Definice znaku jako materiálního nosiče je výsledkem znakového procesu, jenž začíná udělením významu jako „něco manipulovatelné“ a vede přes zhodnocení významu k „něčemu“, s čím je možné manipulovat, pokud bylo udělení významu správné („realistické“); to znamená, pokud se udělení významu setká s takovým okolím, které je svolné zhodnocení významu (manipulaci) strpět nebo dokonce podpořit. Ptáme-li se na interpretanta, tedy na kódující instanci, která v tomto znakovém procesu uděluje význam „materiální“, pak zjistíme, že se jedná o kód, který naší samovolné motorice přiřazuje prostorové médium. V terminologii *J. von Uexküll*a se jedná o

¹ matérie, tělo, rozprostřená, tj. prostor zaujímající bytost (*Poznámka překl.*)

² duch, duše, myslící bytost (*dtto*)

funkční obvod média, který sladuje motorické možnosti živého organismu s prostorově-časovými kvalitami jeho prostředí (např. voda pro ryby, vzduch pro ptactvo, zem pro suchozemce). Definice znaku jako „nemateriálního obsahu“ je výsledkem jiných znakových procesů. Nyní je interpretantem, tedy kódující instancí, biologická potřeba, jako hlad, žízeň, sexualita nebo jiná z této biologické potřeby odvozená – psychoanalyticky vyjádřeno – sublimovaná potřeba. Na tomto biosémiotickém pozadí se stává srozumitelným, proč jsou biomechanické modely, které neznají žádné instance udělující význam, „slepé“ a proč biosémiotické modely zůstávají bez senzomotorických obsahů „ochromené“.

4.3.4 „DVOUSTRANNOST“ ZNAKU Z HLEDISKA SYSTÉMOVÉ TEORIE

Tato interpretace ponechává problém nevyřešený: Na neživé předměty můžeme působit libovolným množstvím „materiálních“ vlivů, aniž by u nich vznikly specifické znaky nebo se spustily sémiotické procesy. Bez receptoru živého systému neexistují ani znaky, ani znakové procesy. Pouze receptor je schopen převádět mechanické vlivy na znaky popř. zprávy.

Z hlediska systémové teorie se u živého systému – i toho nejjednoduššího – jedná o „více“ než je schopen vysvětlit úhrn jeho materiálních součástí. **Schopnost udělovat význam** je společně s výsledným znakem **„emergentní fenomén“**, to znamená něco nového, co se na úrovni anorganických částí nevyskytuje.

Tento proces, jenž nás upomíná na „čarodějnictví“, je možné vysvětlit „přirozeně“, pokud jej vykládáme jako výsledek restrikcí, kterými na sebe navzájem působí anorganické části spřažené do systému. To znamená, že je možné emergentní fenomény vysvětlit – dodatečně – na základě pravidel, kterým jsou jednotlivé části podřízeny (*Medawar a Medawar 1997*).

J. von Uexküll (1947) ilustruje tento problém na příkladu náboženského shromáždění, při kterém buddhisté a bráhmani diskutují o podstatě duše a řečtí exarchové, kteří se také shromáždění účastní, se jim vysmívají, protože se rozhorlují kvůli naprosto neviditelným věcem:

„Na to se jej jeden bráhman otázel, proč se domnívá, že je duše neviditelná. Exarcha odpověděl:

„Je tvá hlava tvojí duší?“

„Ne“, odpověděl bráhman.

„Či tvé tělo nebo nohy? – Nebo tvé paže?“ Bráhman musel pokaždé odpovědět „ne“.

„Hlava, tělo, nohy, paže jsou všechno části tvého těla, které vidím, a tvá duše je tedy neviditelná.“

Poté položil bráhman exarchovi otázku, proč on, který je přece mocným vládcem, přichází na shromáždění a nemá povoz. Exarcha ukázal s úsměvem na tváři na své spřežení a zeptal se bráhmana, zda je slepý.

„Jsou kola tvým vozem?“ zeptal se bráhman. „Ne“, odpověděl exarcha. „Nebo oj?“ – Nebo postroje? – Nebo sedadlo?“ Exarcha musel pokaždé odpovědět „ne“.

„Kola, oj, postroje i sedadlo vidím – vůz je ale asi neviditelný?“ Po těchto slovech bráhman odešel.“

Tento rozhovor dobře ilustruje nemožnost znázorňovat fenomény komplexní systémové roviny na jednodušší úrovni: Tam jsou totiž „neviditelné“.

Považujeme za důležité, abychom se vyrovnávali s problémy, které se při utváření naší teorie a našeho modelu objeví poté, co jsme převzali systémovou teorii a pojem emergence. Pouze tak můžeme zachovat otevřenost, která je nutná pro nikoli omezené, nýbrž vědecky odpovědné nakládání s fenomény života.

4.3.5 „DVOUSTRANNOST“ ZNAKU Z LÉKAŘSKÉHO HLEDISKA

Využití těchto úvah pro problémy medicíny je zřejmé: Náš systém zdravotnictví trpí dualismem: Na jedné straně existuje somatická medicína, která vykládá tělo podle biomechanického modelu a „ošetřuje“ jej přímými nebo nepřímými manipulacemi. Na straně druhé máme psychologickou medicínu, která se o biomechanicky vykládané tělo nestará a pro své intervence používá duševní fenomény, které **interpretuje** podle zcela jiného modelu.

Tuto divergenci je možné popsat jako dualismus jedné nauky pro zásahy „rukou“ a jiné nauky pro intervenci „slovy“, a mluvit tak o dualismu ruky a slova. Pod zásahy rukou se zde rozumí veškerá opatření počínaje fyzikální terapií, přes ošetření ionizujícími paprsky, předepisování molekulárních účinných látek působících na určité buňky nebo orgány, a chirurgickými zákroky konče. Pod intervenci slovy je možné shrnout veškerá psychoterapeutická opatření

psychoanalytického, behaviorálně-terapeutického nebo sugestivního charakteru.

Zásahy rukou je možné dle myšlenkového schématu mechanických vlivů chápat v komplexu mechanických procesů tak, jak probíhají v exemplárně uspořádané podobě ve strojích. Toto myšlenkové schéma odpovídá triviálnímu stroji. V úvodu jsme uvedli, že skutečnost, že jsou lékaři fascinováni modelem stroje, je možné vysvětlit instrukcemi pro jednání, které v konečném efektu simulují a zvyšují naše motorické schopnosti.

Intervence slovy lze objasnit v rámci jiného myšlenkového schématu. V něm je nutné chápat „slova“ jako znaky nebo zprávy a struktury živých organismů jako sítě, v nichž jsou znaky popř. zprávy zavěšeny. Tyto znakové popř. informační sítě spojují živé organismy mezi sebou navzájem, a dále s jejich okolím. Pomocí tohoto myšlenkového schématu, který odpovídá netriviálnímu stroji, je možné navrhnout model živého systému.

Schopnost živých organismů proměňovat fyzikální vlivy ve znaky pro význam okolí jim umožňuje využívat zdroje tohoto okolí a současně se vyhýbat nebezpečím, která se v něm vyskytují. Zdůraznili jsme, že živé systémy jsou nejenom zahaleny do sítí z informačních spojů, nýbrž jsou také vystaveny z informačních sítí, které navzájem spojují jejich subsystémy. *Werner* (1989) použil následující formulaci:

„Takto viděno se organismus skládá z celé řady komunikačních systémů, které jsou integrovány do většího systému pro přenos a výměnu informací s okolím, a to ve formě četných kódovaných signálů (ionty počínaje a slovy konče). Přenos a výměna informací probíhá uvnitř buněk a orgánů i mezi nimi, mezi buňkami a orgány na straně jedné a mozkiem na straně druhé, a dále mezi mozkiem a okolím. Principy, podle nichž tato výměna probíhá, jsou všude stejné. Chápeme-li organismus jako takto plně integrovaný systém výměny a zpracování informací, pak rozlišování mezi tělem a duší ztrácí svůj význam.“

4.3.6 PŘEKONÁNÍ DUALISMU „RUKY“ A „SLOVA“

Jak to po těchto úvahách vypadá z možností překonat dualismus mezi biomechanickou a psychologickou medicínou?

Vyjděme z konstatování, že „zásahy rukou“ spočívající v použití fyzikálních, chemických nebo podobných prostředků mění receptory živých systémů (buňky, orgány, organismy) a že odpovědi těchto systémů závisí na kódovací funkci jejich receptorů. Zásahy rukou jsou pro živé organismy prostředkem (nosičem významu) pro zprávy, a jejich reakce na tyto vlivy jsou určovány nejenom „mechanickou“, nýbrž také „sémiotickou kauzalitou“.

Dále jsme konstatovali, že také "intervence slovy" používají jako fyzikální prostředek vzdušné vlny a můžeme tedy dodat, že také vizuální znaky potřebují fyzikální prostředky (ve formě fotonů). Důsledkem tohoto zjištění je poznání – působící nejprve jako paradox –, že mezi zásahy rukou a intervencemi slovy neexistuje žádný zásadní rozdíl.

Jako živý organismus se pacient skládá ze subsystémů různých integračních rovin, které jsou všechny spojeny s svým okolím a se sousedními subsystémy informačními sítěmi. Každý z těchto subsystémů proměňuje vlivy působící na jeho receptory ve znaky popř. zprávy, ale podle jiného kódu. Proto znaky, k jejichž výměně dochází na různých integračních rovinách mezi systémy tam usazenými, přísluší k různým znakovým systémům a do jisté míry také k různým „jazykům“. Anti-ideotypy určitého antigenu jsou „chápány“ a zodpovídány pouze určitými lymfocyty, hormony pouze specifickými buňkami a orgány, signální látky pouze receptory určitých organismů.

„Člověk získává dojem, že nosiče významů (prostředky) představují tajné znaky nebo symboly, které mohou chápat pouze individua stejného druhu, pro členy cizích druhů však zůstávají zcela nesrozumitelné.“ (J. von Uexküll a Kriszat 1936)

Aplikováním injekce, předepsáním určitého léku, ozařováním rentgenovými paprsky nebo určitou fyzikální terapií „komunikuje“ lékař do jisté míry se subsystémy různých integračních rovin. Protože ale mezi těmito rovinami dochází k „překladům“ se vzestupnými a sestupnými efekty, a mimo to je každé lékařské opatření pacientem kódováno do znaku na určité mezilidské úrovni, to znamená quasi jako psychoterapeutická intervence, kombinují se tyto efekty tak, že vytvářejí komplexní odpovědi. Tato problematika je exemplárně rozvedena především v kapitole o placebo-efektech (viz. kapitola 18 „fenomén placebo“).

Přínos tohoto oddílu v jedné větě:
Dvoustrannost znaků platí na každé integrační rovině živých systémů. V každém terapeutickém zásahu jsou ruka a slovo nedělitelně – ale s rozdílným významem – spojeny.

Pro Psych@som přeložil Lubor Špís

TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

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

*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: 286,241,242,285/ 284,243,244,283/ 282,245,246,281/ 280,247,248,279/ 278,249,250,277/ 276,251,252,275/ 274,253,254,273/ 272,255,256,271/ 270,257,258,269/ 270,259,260,269/ 268,261,262,267/ 266,263,264,265/ 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, případně předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.***