

Číslo

2

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

ČASOPIS PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY VYDÁVÁ  
LIBERECKÝ INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A  
PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ,O.P.S. PRO POTŘEBU  
PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI,  
LÉKAŘE, KLINICKÉ PSYCHOLOGY A OSTATNÍ ZÁJEMCE

Ročník

IV/2006

ISSN 1214-6102

30.4.2006

## Obsah

### Editorial

*Honzák R.: Sigmund Freud (Sigismund Schlomo Freud); živý odkaz nebo padlá modla?* 43

### Z pošty

#### Politika, koncepce

*Klinické zázemí výuky psychosomatické medicíny?* 46

*Výzva: pošlete, prosím, své návrhy do kandidátky výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti, nebo-li: koho chcete mít ve výboru.* 54

#### Akce, kurzy, semináře

*IPVZ Praha: Úvod do psychosomatiky 26.-27.5.2006* 54

*První informace o 41.mezioborové konferenci o klinickém a experimentálním výzkumu VNČ* 55

*Druhá informace o 11. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci ve dnech 21.9-23.9.2006* 56

#### Zkušenosti z pracovišť

*Kasuistika - terapeutický potenciál imaginace ve skupinové práci u pacientek s poruchami příjmu potravy aneb další možnosti užití katalyticky imaginativní psychoterapie (dále KIP)* 56

#### Praxe

*Chvála V.: Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část II* 61

#### Teorie

*Poněšický J.: Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie* 70

*Köhle K.: Komunikace, část II* 76

PEER-REVIEW BOARD

DOC. PHDR.KAREL BALCAR,CSC.  
PHDR.BO HUMILA BAŠTECKÁ  
PROF.PHDR.MARCELA BENDO VÁ,PHD.  
DOC.MUDR. JIŘÍ BERAN,CSC.  
DOC.MUDR.MARTIN BOJAR,CSC.  
MUDR.RADKIN HONZÁK,CSC.  
PROF. RNDR. STANISLAV KOMÁREK,PHD.  
DOC.PHDR.MICHAL MIOVSKÝ,PHD.  
PROF.PHDR.STAN. KRATOCHVÍL,CSC.  
PROF.MUDR.MILOSLAV KUKLETA,CSC.  
MUDR.PHDR.JIŘÍ PONĚŠICKÝ,PHD.  
MUDR.JIŘÍ ŠAVLÍK,CSC.  
DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK,CSC.

REDAKČNÍ RADA

DOC.MUDR.JIŘÍ BERAN,CSC.  
MUDR.RADKIN HONZÁK,CSC.  
MUDR.VLADISLAV CHVÁLA  
MGR.JAN KNOP  
MGR.PETR MOOS  
MUDR.PHDR.JAN PONĚŠICKÝ,PHD.  
DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK,CSC.  
PHDR.LUDMILA TRAPKOVÁ

REDAKCE

SKT LIBEREC

JÁCHYMOVSKÁ 385

46010 LIBEREC 10

TEL.:485151398

E-MAIL: [CHVALA@SKTLIB.CZ](mailto:CHVALA@SKTLIB.CZ)

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

## EDITORIAL

### Honzák R.: Sigmund Freud (Sigismund Schlomo Freud); živý odkaz nebo padlá modla?

Jak surrealistickou formou poučí zvědavé čtenáře portál Wikipedia, „**Sigmund Freud** (6. května, 1856 - 23. září, 1939) byl Rakušan neurolog, kdo stal se zaujatý hypnotismem a jak to mohlo být zvyklé na náповědu duševně chorý.... Freud, jeho teorie a jeho léčba jeho pacientů byli kontroverzní v 19. století Vídeň, a zůstat hotly debatoval dnes.“  
([http://wikipedia.infostar.cz/s/si/sigmund\\_freud.html](http://wikipedia.infostar.cz/s/si/sigmund_freud.html))

Přestože se Sigmund Freud narodil v Příboru na Moravě již před 150 roky – někteří američtí znalci umisťují jeho rodnou kolébku do Freiburgu v severním Německu – a do vědecké práce v medicíně vstoupil před více než 120 roky, vyvolává vyslovení jeho jména velmi často živé a protikladné emoce. Jako osobnost byl bezesporu geniální a tedy svérázný. Jedním z pracovních prostředků jeho genia byla neuvěřitelná paměť (dle životopisce E.Jonese překládal tím způsobem, že přečetl celou stránku a pak ji v němčině přepsal), dále pak nebržděná kreativita dítěte, které nalézá nové souvislosti tam, kde ostatní nevidí nic pozoruhodného (objev znečitlivujícího účinku kokainu v očním lékařství, který si přivlastnil Karel Koller, víra v to, že kokain je nenávykový životabudič, která mu při střídavém požívání této látky vydržela až do smrti, těsné minutí objevu svodné anestézie, již se zmocnil americký chirurg Halsted, který na abúzus kokainu na dlouhá léta „dojel“), na druhé straně až paranoidní nevraživost, pokud někdo jiný chtěl obohacovat jeho myšlenky, ačkoli sám je několikrát přepracoval. Tak se ze všech jeho oddaných spolupracovníků postupně stali hanební „odpadlíci“.

Nebyly to však Freudovy osobnostní vlastnosti, které rozdělily svět na jeho nadšené zastánce a zarputilé odpůrce, ale myšlenky, které srovnatelně s myšlenkami Galileovými nebo Einsteinovými doslova obrátily dosavadní vidění souvislostí naruby. Ty první, a to že psychické příčiny mohou páchat v lidském organismu analogickou paseku jako příčiny organické či fyzikální, nebyly sice tak dalece původní (před ním je vyslovili již např. Charcot a Bernheim), ale způsob dopracování se k nim, nejprve hypnotickou cestou a posléze metodou volných asociací, přinesly nejen potvrzení hypotézy, ale také léčebné výsledky.

Hysterie opírajíc se o tisíciletou tradici (první popis je již ve staroegyptském papyru Kahun z doby 2000 př.Kr., také Platon se vyjádřil k její etiopatogeneze, když prohlásil, že děloha je zvíře, které si přeje být oplodněno, a pokud není, potuluje se po těle a páchá tam neplechtu) se vyhřívala na medicínském i společenském výsluní a nabízela pestré spektrum příznaků, jež jí vyneslo uznalé zhodnocení: „hysterie je proteus“ (ještě ve svých medicínských začátcích jsem měl možnost vidět motorické i sensorické obrny, ba i velké

hysterické záchvaty končící v opistotonu a další velkolepou symptomatologií). Že Freud úspěšně léčil svou metodou hysterické pacientky, mu vyneslo pouze závist, že však nekompromisně prohlásil a posléze také demonstroval, že hystérie se vyskytuje také u mužů (zase nic nového, říkal to již Galenos), vyvolalo masový odpor, koncentrovaný do hesla: „U Francouzů snad ano, ale u Rakušanů nikdy!“

Časem by to možná vyvanulo, Freud však nezůstal u toulavé dělohy, ale do sexuální problematiky se pustil důkladněji a to byl doslova crimen laese majestatis. Ne že by Vídeňáci o sexu nic nevěděli, nemajíce Hustler si od r. 1886 potají zálibně listovali prasárničkami v Psychopathia Sexualis od Krafft-Ebbinga, Freud však o „tom“ mluvil a psal veřejně, a co hůře, tuto neřest přiřknul již těm roztomilým andílkům, nevinným malým dětem, u nichž postuloval vývojové fáze „takové chuňárny“, jakým je sex. To už bylo na exkomunikaci. Oidipický komplex však každý, jen mírně sečtělý, člověk, našel v tisících příběhů svého okolí, dokonce odkazy najdeme v posledním kompendiu funkčních poruch GIT: Římských kriteriích (Drossman et al., 2000).

Výklad snů vydaný sice již 1899, ale datovaný jako symbol nové epochy až rokem 2000, který Freud pokládal za své vrcholné dílo, se v atmosféře ostrakismu prodal jen v několika stech výtiscích, přesto byl jeho autor (podle některých zdrojů díky protekci úspěšně vyléčeného vlivného pacienta) jmenován roku 2002 řádným profesorem. Předtím ještě stačil vydat vynikající spis nazvaný Psychopatologie všedního dne, který je (až na některé archaické rekvizity) plně aktuální dodnes.

Další neodpuštělnou ranou byla pro tehdejší lékařskou, jakož i širší společnost, Freudova teorie osobnosti, která zpochybnila racionalitu člověka a malému, chtivému, smilnému, dravému a požívačnému *id* přiřkla úlohu hybatele lidského počínání, nad nímž racionální *ego* jen těžko drží kontrolu, zatímco *superego* (přibližně svědomí, ale také popoháněč) velmi často ostrouhá. Výsledkem těchto neuspořádaných mocenských vztahů je pak neuróza, jejíž podoba a průběh je tím závažnější, čím dříve ve vývoji jsou psychické potřeby frustrovány (ale také přesyceny). Společnost byla pobouřena a uražena tím, že by zvířecí pudy měly dominovat nad lidskou racionalitou, zvláště v době, kdy Člověk tuplovaně rozumný (*Homo Sapiens Sapiens*) si pevně osedlával všechny dosud známé přírodní síly.

Psychoanalýza dostala nálepku pansexualismu a iracionality. Nicméně stejně jako popuzovala, tak přitahovala. V roce 1908 vzniká Vídeňská psychoanalytická společnost, následuje triumfální Freudova cesta do USA a v roce 1910 je založena Mezinárodní psychoanalytická asociace. Dialekticky se s rozšiřováním společenství (původně úzkého diskusního kroužku, kde Marta, rozená Bernayová, nalévala kvalitní kávu a nabízela koláčky) se objevovaly nové názory a s nimi roztržky. Freud byl žárlivý jak starozákonní Jahve a „teorii sta květů na svém stromě“ nepřipouštěl. Odpadl Adler, odpadl korunní princ Jung, Silberer se po strohém odmítnutí oběsil a Tausk vypil láhev slivovice, strčil hlavu do oprátky a zastřelil se, takže se ještě dodatečně oběsil. Není to veselá inventura.

Přesto však Freud pokračoval ve svém bádání a pokoušel se rozšířit poznatky získané na psychoanalytické pohovce do širších souvislostí. Totem a tabu stojí dodnes za přečtení a pokud se Jung distancoval od Freuda, měl by si tento spisek připomenout.

Světová válka otřásla všemi hodnotami (tenkrát ještě nenesla epiteton konstans: „první“) a přivedla na svět protivníka **erotu**, který má ve Freudově slovníku nehezké jméno **thanatos**. Zabývali se jím později zejména neopsychoanalytici (Erich Fromm), a dodnes není jasné, co s ním. Kolik zmíněných thanatologických sil cloumalo samotným vynálezcem, je těžké odhadnout; při svém vysokém intelektu zůstal v nacisty zabrané Vídni (jeho sestry za stejný postoj zaplatily životem), dokud ho věrní nevyvezli doslova z úradoven Gestapa do Paříže a pak do Londýna. Zde ale velmi brzy podlehl smrtícímu vlivu svého nerozlučného doutníku.

Otázka zní: je Freud živý, nebo je mizející ikonou? Pro mne tatíček (tak se mu familiárně říká) stále žije, nejen kvůli Jiránkovým vynikajícím kresbám a všeobecně známému folklornímu českému dvojverší, ale především jako člověk, lékař, který nepřestal s hledáním tajemství lidské duše. Ano, nikdy nepřekročil medicínský rámec psychologie, zůstal v zajetí technologických příměrů parního stroje (přetlaky, výpustě, atd.), ale o co jsme dnes dál, když si vypomáháme modely počítačů a robotů?! Kdo pracuje s nemocnými, žasne, jak často se mu vynoří tatík Freud. Ten z počátků i ten, co své dílo překopal. Ano! Mýlil se, ale dokázal se opravovat. Šel do pekel (to řekl E.Berne) hledat pravdu, pomohl nám „hledat pravdu v kobkách snu a blázince“ (to napsal Nezval), „byl mužem jedné myšlenky – a jediný takový může zvítězit“ (to napsal S.Zweig, který mu vystavil nejhezčí literární pomník, který znám).

Tentýž Zweig napsal, že je „lepší studovat sebrané spisy, než vybrané spisy“, chtěl bych dodat, že už je lepší mít vybrané spisy, než „převyprávěné spisy“. Tatík Freud prý zanechal po sobě tři miliony slov. Dnešní mladá generace o nich už mnoho neví; doporučuji jí začít u Psychopatologie všedního dne, kde se o sobě dozví věci, nad nimiž bude žasnout.

9.4.2005

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

## Z POŠTY

Ahoj Vládo, jen krátce, moc se mi líbí Tvůj editorial v posledním psychosomu, vystihnuté naprosto přesně s vtipem i s vážným poselstvím.

Tak díky za to, jak to v psychosomu vedete, teď to poslední dobou zase trochu sleduju a čtu to moc rád. Je až s podivem, jak se ty pohledy a zkušenosti podobají.

David Skorunka

Ahoj Vládo! Dovol, abych ti ještě dodatečně složil hold za "výživný" seminář v IPVZ. Velmi poučná casuistika, včetně balint. skupiny. Rád bych se optal na přednášku dr. Honzáka o Burn out sy, kterou ti zaslíbil zaslat mailem. Nemáš ji k , prosím, k dispozici. Byla zcela vyčerpávající (samozřejmě co do obsahu).

Ještě jednou zdravím a těším se na Hejnice. Josef

## POLITIKA, KONCEPCE

*5.4.2006 proběhla v posluchárně Psychiatrické kliniky v Praze odborná schůze společnosti. Od 15 do 17 hodin zde byl prostor pro psychosomatickou sekci společnosti. V programu, který se snažil zmapovat možnosti výuky v psychosomatice u nás, vystoupili V.Chvála, L.Trapková s přednáškou, kterou uveřejňujeme zde, dále J.Šavlík a J.Beran s referáty o výuce psychosomatiky na půdě ČLK resp. na půdě psychiatrické katedry IPVZ a na závěr J.Poněšický s referátem s názvem Psychosomatika, psychoterapie a neruropsychologie, kterou v celém rozsahu najde čtenář v tomto čísle v oddíle Teorie.*

### **Klinické zázemí výuky psychosomatické medicíny?**

Chvála V., Trapková L.

Necelý rok po té, co skončila konference Americké psychiatrické společnosti (APA) s hlavním tématem „Psychosomatická medicína- integrace psychiatrie a medicíny“ v Atlantě (21.-26.května 2005) bude těžké předstírat, že žádná psychosomatická medicína neexistuje dokonce i na půdě české psychiatrie. Pomiňme, že i v Atlantě, jak se zdá podle reference prof. Rabocha jun. v České a slovenské psychiatrii, byla to psychosomatika především farmakoterapeuticky orientovaná (symposia firem Pfizer, Cephalon, Cyberonics, Lilly nebo Bristol-Myers Squibb) a tedy biologická. Možná to i přes to představuje nový vítr v biologizujících psychiatrických kruzích. Podívejme se tedy, co nám tady z psychosomatické medicíny zbylo a na čem bychom mohli stavět její budoucnost také u nás v případě, že by například ministerstvo zdravotnictví o

to mělo zájem. Je totiž jasné, že za posledních 50 let byly jakékoli zbytky psychosomatického myšlení u nás eradikovány. Ale nevím, zda je taky zřejmé, že přinést více psychosomatického myšlení do medicínské praxe není ani zdaleka tak snadné, jako vyvinout novou vakcínu proti chřipce a nakoupit ji. Na čem se možná shodneme je fakt, že ani uzavření psychosomatických pracovišť, ani nedostatek kateder psychosomatické medicíny, ani nepřátelské nastavení zkoušejících profesorů klinických oborů vůči psychosomatickým úvahám o zdraví a nemoci nevedly ke snížení množství psychosomatických pacientů v populaci.

## TROCHA HISTORIE

- Předválečná medicína v ČSR byla svázána s německy mluvící vědeckou komunitou, i když nacionálně vedený ekonomický zápas s německým živlem přinášel i vlivy frankofonní a anglo-americké. Není třeba zdůrazňovat, že Sigmund Freud, jehož práce ovlivnily psychoterapeuticky orientovanou medicínu první poloviny 20.století, pocházel z Moravského Příbora. Pravda, z německy mluvící židovské rodiny. Tím český příspěvek psychosomatice neskončil. Psychoanalýza se ujala především v uměleckých kruzích dvacátých a třicátých let, když klinická praxe zůstávala uzavřena do terapeutických pracoven. Pokud je mi známo, odborné kruhy v Praze nenásledovaly vídeňského příkladu, kde byla v r.1921 otevřena první psychoanalytická poliklinika pod vedením dr.Wilhelma Reicha. S rozvojem psychoterapeutické medicíny v německy mluvící oblasti byl konec s nástupem fašistů k moci v r. 1933. Likvidace židovského obyvatelstva nebo jejich vyhnání, zabrzdlilo vývoj psychosomatiky na dlouho v celé oblasti.
- Ovzduší třicátých let, ve kterém vyrůstaly autority naší poválečné medicíny, Trapl, Charvát, Lukáš, Hynie a další, poznamenaly jejich učebnice psychosomatice vstřícným tónem. Proto ještě jejich studenti, praktikující v šedesátých a sedmdesátých letech dvacátého století o psychosomatice něco tušili. Protože však vzestup na vyšší posty v akademické obci je zcela závislý na poslušnosti k vrchnosti, je jasné, že psychosomatická témata z témat habilitačních prací postupně vypadla až se stala zcela tabu. V horních patrech medicínské obce se postupně přestávala vyskytovat vůbec a do budoucnosti byla předávána pouze prostřednictvím některých klinických psychologů a malou hrstkou odvážnějších lékařů.
- Neměl by být zapomenut příspěvek našeho lékaře Ctirada Bezděka, který napsal svou Etikoterapii. Zemřel v r. 1956, zatímco jeho blízký spolupracovník dr.P.Křivský strávil 13 let v žaláři jako politický vězeň.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bezděk C: Etikoterapie, záhada života a smrti, Gemma 89, 1995

- Také v Německu se jen obtížně psychosomatika vzpamatovávala. První poválečné psychosomatické kliniky byly zakládány v blízkosti lázní, kam jezdili chroničtí pacienti. Těm se věnovali předváleční odborníci, snad proto se z těchto míst psychosomatika postupně vzpamatovávala.
- U Nás se po komunistickém puči psychoanalyticky orientovaná terapie, svázaná se svobodomyšlnou částí inteligence, dostala do nepříznivého světla. Jen skuteční pamětníci by dnes věděli, z jakých osobních vztahů se sytila nenávist k psychoanalýze a psychosomatice, která s ní byla svázaná. Podobně jako v sousedním Německu i u nás vznikly pokusy založit psychoterapeutická lůžková pracoviště v blízkosti lázní. Jeden z pokusů proběhl v roce 1951 v lázních Libverda u Hejnic ve zdecimovaném pohraničí. Ve spolupráci s psychiatrickou klinikou v Praze realizoval tým mladých lékařů pokus otevřít terapeutické, komunitně vedené pracoviště pro chronické pacienty. Mezi lékaři byl také mladý Jaroslav Skála, proto jsme se o tom dověděli. Pokus, který by možná byl dospěl k vývoji psychosomatických klinik jako v Německu, byl pod záminkou krádeže 8 kg másla po 18 měsících státní správou ukončen. Jak české!
- V šedesátých letech se atmosféra přeci jen uvolnila a někteří studenti z té doby propadli psychosomatice (Šavlík, Šimek, Honzák, Beran, Kukleta a další). Jejich osudy by stály za zmapování. Nebyly snadné, brzy se museli smířit s tím, že žádný rozvoj psychosomatiky nebude.
- Jedním z nich byl internista MUDr. Jiří Šavlík. Uvěřil a prověřil psychosomatické myšlenky v praxi. Začátkem sedmdesátých let proměnil na několik let svůj internistický primariát v Třebotově na lůžkové psychosomaticky orientované interní oddělení. Zatímco v Německu jsou desítky či stovky podobných zařízení, u nás to byl na dlouho poslední pokus. Neurotická psychoterapeuticky a komunitně vedená pracoviště jako Horní Palata, některé léčebny (osmnáctka v Kroměříži), Lobeč na půdě psychiatrie jsou výjimkami, ale také se věnují mnohem spíše neurotické klientele, rozvíjejí psychoterapeutické myšlení, jen výjimečně spojené s postavou lékaře, jakým byli například MUDr. Knobloch nebo MUDr. Mrázek. V oblasti závislostí se rozvoji především skupinové a komunitní psychoterapie věnoval MUDr. Jaroslav Skála.
- Zde není prostor k popisu celé historie, díky níž dnes u nás sice neexistují psychosomatická lůžková zařízení, ale poměrně velký potenciál psychoterapeutů, kteří vědí, že lze psychoterapií zlepšit řadu chronicky nemocných, nemají však téměř žádný prostor pro svou práci ve zdravotnických zařízeních a ze zákona psychoterapii mimo zdravotnictví ani dělat nemohou. Často už ani nemají pojem o psychosomatických nemocech, protože pracují verbálně jen s těmi, kdo to žádají, a to nebývají psychosomatictí pacienti, máme-li na mysli třeba pacienty s astmatem, žaludečním vředem, Crohnovou chorobou,



chronickou dermatózou, nebo Sudekovou aseptickou nekrózou. Odborní lékaři je totiž nejen k takovému ošetřování nedoporučují, mnohem spíše je aktivně odrazují, protože se dávno o psychosomatické, souvislostech životních událostí, emocí a tělesného stonání nedozvídají. Kdo by je to taky naučil, když akademická obec psychosomatiku nezná a nejsou pracoviště, která by byla schopna publikovat kvalitní výzkumy.

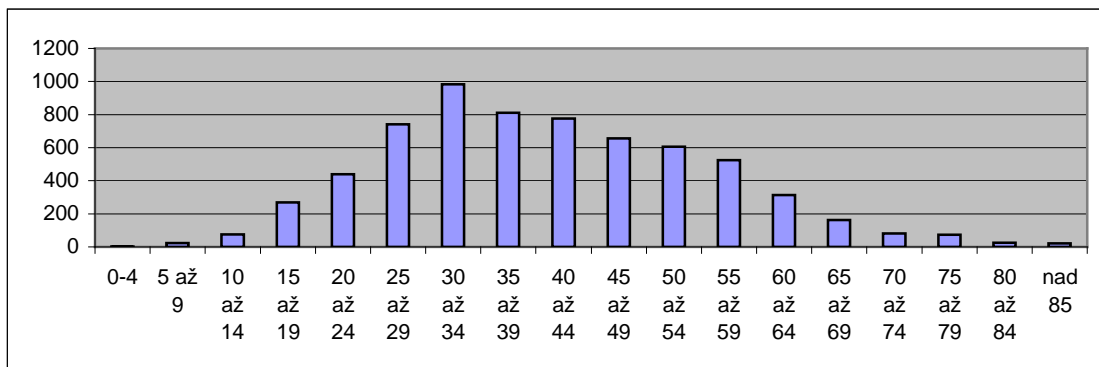
- Tak vzniká začarovaný kruh: když u nás nejsou psychosomatická pracoviště, nemůžeme mít v této disciplíně odborníky. A když nemáme odborníky, nemůžeme mít pracoviště.

### **STŘEDISKO KOMPLEXNÍ TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH**

Když nebylo možno pracovat psychoterapeuticky s pacienty v nemocnicích, rozvinuly se možnosti, jak se jim věnovat ambulantně nebo ve stacionářích. Jedním z pracovišť s nejstarší historií je Středisko komplexní terapie v Liberci. Už během osmdesátých let vznikala tým lékařů a klinických psychologů-psychotherapeutů mezi psychosomatickou gynekologickou ambulancí, kabinetem akupunktury Nemocnice s poliklinikou a Předmanželskou a manželskou poradnou v Liberci. Diskuse nad případy chronických somaticky se prezentujících pacientů vedla k rozvoji práce s časovou osou, a k aplikaci rodinné terapie v psychosomatické problematice. Podrobněji se historii tohoto pracoviště budeme věnovat možná jindy, ale 17 let práce tohoto ambulantního, psychosomatické se věnujícího pracoviště v souvislosti s výukou stojí za pozornost.

- Existuje v dnešní podobě kontinuálně od září r.1989
- Vzniklo jako zařízení pod odborníkem pro všeobecné lékařství.
- Sloužilo a dodnes slouží praktickým lékařům a jejich pacientům, které ostatní odborníci už „prozkoumali“, ale nemohli jim pomoci.
- Hlavními teoretickými východisky byly myšlenky systemické rodinné terapie, později narativní terapie, gestalt terapie, psychoanalytická terapie, ericksonovská psychoterapie, později i Pesso-Boyden terapie.
- Na tělo orientovanou terapii, která je pro tento druh pacientů nezbytná, představuje od samého začátku akupunktura, později také Schmidtova bionergetická masáž a rehabilitace.
- Odbornosti, pod kterými je péče o pacienty nasmlouvána s pojišťovnami jsou sexuologie, psychiatrie, klinická psychologie a rehabilitace, původně také gynekologie, celkem 5,5 pracovního místa.
- Kapacita pracoviště je kolem 1200 jednotlivých pacientů ročně, což představuje něco přes 7000 ošetření ročně.
- Od r.1997, kdy jsme začali používat program pro evidenci dat Amicus, do dnes máme 6737 pacientů, kteří prošli naším pracovištěm. Z toho je 34% mužů a 66% žen.

- Věkové rozložení je vidět z grafu:



- Jednotlivé odbornosti se podílejí víceméně rovnoměrně na výkonech celého pracoviště. Rozhodující je však práce týmu jako celku, vzájemné ovlivňování.
- Diagnózy dle MKN 10, pod kterými jednotlivé případy vedeme, nevystihují vždy složitou problematiku celého rodinného systému. Nejspíš se vyskytují:

- Somatizační porucha F45
- Poruchy příjmu potravy F50
- Sexuální dysfunkce F52
- Jiné anxiózní poruchy F41
- Reakce na těžký stres F43
- Poruchy sex.vyžívání F66
- Jiné poruchy chování a emocí převážně v dětství F98
- Neurotické poruchy a další diagnostické okruhy

- Výhody týmu:

- Setkání odborníků různých profesí v bezpečném a přátelském prostředí
- Stále probíhající diskuse nad případy a vzájemná inspirace z různých zdrojů
- Možnost překonávání bariér mezi bio-psycho-somatickými aspekty stonání především na straně terapeutů
- Proměna direktivního medicínského přístupu v kooperující spolupráci s pacientem a jeho rodinou

- Problémy takového uspořádání:

- Změna hierarchického uspořádání zdravotnického zařízení na týmovou spolupráci v síti není snadná

- Pracujeme v kontextu ostatní medicíny, která se automaticky snaží výjimku „normalizovat“, vrátit do obvyklého stavu. Například pracoviště se inspirovalo milánskou školou rodinné terapie, která v modu krátké terapie pacienty nehromadí, ale řeší problémy na základě zakázky s pacientem. To znamená, že míří k určitému cíli a po jeho dosažení je spolupráce ukončena. Většina ostatních ordinací se snaží dosáhnout určitého množství registrovaných pacientů a o ty se dále starat. Tím nevědomky může zdravotnictví své pacienty udržovat v závislosti a to není výhodné.
- Např. tzv.krajský odborník pro psychiatrii MUDr.Tauš naléhá na to, aby psychiatři z týmu bez ohledu na smysl a kontext evidovali psychiatrické pacienty v celém spektru psychiatrie, tak jako ostatní ambulance, i kdyby tito nespolupracovali nebo nebyli vhodní pro psychoterapii. Protože zřejmě nikdy nepochopil, k čemu je tým pracoviště dobrý, nespolupracuje se zařízením a sekundáře ze svého oddělení v Nemocnici za případné kontakty s námi finančně trestá.
- Tlak na výkon zdravotnického zařízení omezuje čas potřebný pro vzájemné kontakty terapeutů. Je nesmysl porovnávat psychoterapeutické pracoviště limity, které mají jiná pracoviště pracující převážně v biologickém pojetí psychiatrie.
- Pracoviště není na akademické půdě a proto zde není čas a prostor na výzkum.

- Přednosti pracoviště:

- Představuje naději pro jinak obtížně řešitelné somatizující pacienty a jejich lékaře
- Zahraniční studie ukazují, že takto do systému péče o pacienty zařazené týmové pracoviště vede k úspoře až ¼ nákladů na léčbu chronických somatizérů v dlouhodobé perspektivě.<sup>2</sup>
- Masivní kontakt s nejběžnější psychosomatickou klientelou je velmi inspirující.
- Možnosti výuky psychosomatického přístupu v medicíně.

## VÝUKA

Neumíme si představit, že by se výuka v jakémkoli klinickém oboru mohla odehrávat mimo příslušnou praxi. Na pracovišti už od začátku devadesátých předáváme své zkušenosti dalším lékařům. Pořádáme víkendové kurzy a semináře, například práce s časovou osou, nebo externalizace u poruch

<sup>2</sup> (Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Naoz B, Hart J: A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. Fam Pract 2002; 19: 251-6)

příjmu potravy, seminář o rozhovoru nebo v rámci kurzu osobního rozvoje (Kros). Podstatnější výuka probíhá v rámci dvouletého a čtyřletého výcviku, který je akreditovaný pro zdravotnictví pod názvem Rodinná terapie psychosomatických poruch. Dvouletý výcvik pro pracovníky pomáhajících profesí je veden v duchu gestalt terapie. Na výcvik navazuje supervize psychoterapeutické práce.

Obsah a strukturu výcviku lze najít podrobně na [www.lirtaps.cz](http://www.lirtaps.cz), zde jen stručně:

- Celkem 600 hodin ve 4 letech, vždy 6 víkendů v roce
- Střídání práce ve velké skupině po 20 lidech s malou skupinou, kde je jen polovina osob s jedním terapeutem.
- Teorie rodinné terapie, psychosomatické medicíny, psychopatologie
- Dovednosti rodinného terapeuta, nácviky, rozborů
- Sebezkušenost v malých skupinách zaměřená na růst osobnosti rodinného terapeuta
- Supervize vlastních případů absolventů
- Obvykle dodržujeme tento režim:
  - Na téměř každý víkend je písemná příprava absolventa
  - V pátek probíráme teorii
  - V sobotu dovednosti k teorii
  - V neděli práce nad případy pacientů
  - Na začátku, uprostřed a na konci víkendu vždy setkání celé komunity

## Složení frekventantů

Protože takto se snažíme přetnout začarovaný kruh, který vznikl dlouhodobým nepříznivým vývojem v oblasti psychosomatické medicíny v České republice, zajišťujeme si jednak dostatečnou erudici v praxi, jednak prostor pro výuku lékařů, kteří by mohli dále již pracovat s psychosomatickými případy ve svých oborech. Jistě by bylo výhodnější, kdyby existovala odpovídající výuka již na úrovni medicíny a na to navazující postgraduální vzdělávání (jeho existenci jsme již iniciovali a nadále ji podporujeme). Je tedy pochopitelné, že se snažíme do našeho vzdělávání získat především lékaře a klinické psychology.

Čtyřletý výcvik má už dva ukončené běhy, třetí běh je za svou polovinou. O složení výcviků můžeme říci toto:

### 1. výcvik 1997-2000

- |                     |    |
|---------------------|----|
| a. počet lékařů:    | 25 |
| b. počet psychologů | 9  |

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| c. ostatní                | 3 |
| d. poměr žen: mužů 27: 10 |   |

## 2. výcvik 2000-2004

- |                           |    |
|---------------------------|----|
| a. počet lékařů:          | 11 |
| b. počet psychologů       | 18 |
| c. ostatní                | 9  |
| d. poměr žen: mužů 28: 10 |    |

## 3. výcvik 2004-2008

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| a. počet lékařů     | 17    |
| b. počet psychologů | 8     |
| c. ostatní          | 14    |
| d. poměr žen a mužů | 26:13 |

Lékaři jsou z oborů praktický lékař, psychiatrie, pediatrie, gynekologie, anesteziologie, interna, chirurgie, kožní lékařství a venerologie, léčba bolesti a rehabilitace. Vedle klinických psychologů se výcviků účastní také speciální pedagogové, zejména ti, kteří pracují v oblasti drog. Vzájemný kontakt všech těchto profesí je dobrým základem pro jejich vzájemný celoživotní dialog, který je možná tím nejcennějším, co si pro své pacienty od nás odnesou. Výsledkem komplexního vzdělávání je certifikát a doporučení ke zkoušce ze systematické psychoterapie na subkatedře psychoterapie IPVZ, nově také ke zkoušce z psychosomatické problematiky, zvláště po souběžném vzdělávání v přednáškovém cyklu Úvod do psychosomatické problematiky na katedře psychiatrie IPVZ.

## OTÁZKY NA ZÁVĚR

Nemá cenu po tomto výčtu rozumovat nad závěrem. Položíme jen několik otázek, které nás nad tématem napadaly, jsou to ale více otázky pro posluchače než pro nás:

- Myslíte si, že existuje reálná možnost, že by česká psychiatrie skutečně podporovala rozvoj sítě psychosomatických pracovišť?
- Jak by se taková podpora poznala?
- Umíte si představit, že by se v dohledné době ujalo psychosomatiky nějaké akademické pracoviště v Praze?
- Stačí na to aktivita psychosomatické sekce PS?
- Myslíte si, že psychosomatický pacient nemá být léčen ze solidárního pojištění? (možná jde o 30-45% všech pacientů!)

**Výzva: pošlete, prosím, své návrhy do kandidátky výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti, nebo-li: koho chcete mít ve výboru.**

Na adresu současného předsedy: [chvala@sktlib.cz](mailto:chvala@sktlib.cz)

## AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

**IPVZ Praha: Úvod do psychosomatiky 26.-27.5.2006**

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

**Předběžný program:**

**Pátek:**

9:00-10:30	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Emoce je nemoc
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák, CSc.	Pokračování
13:45-15:15	MUDr.Petra Petrovská	Kasuistiky
15:30-17:00	PhDr.Ludmila Trapková*	Balintovské skupiny

**Sobota:**

9:00-10:30	Doc.Zbyněk Vybíral	Posvícení psycho-somatických relací postaru
10:15-12:15	MUDr.Vladislav Chvála	Bolest jako součást příběhu- kasuistika
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Rozbor videozáznamu
15:30-17:00		

**Změna programu vyhrazena**

- dle počtu účastníků
- Přihlášky na obvyklé adrese [prihlasky@ipvz.cz](mailto:prihlasky@ipvz.cz)

Ilustrace k minulému kurzu IPVZ: MUDr. Petr Klimpl



## První informace o 41.mezioborové konferenci o klinickém a experimentálním výzkumu VNČ

Společnost pro psychosomatické integrace ČLS a Společnost pre vyššie funkcie mozgu SLS pořádají ve dnech 28.8.- 30.8.2006 konferenci na Pedagogické fakultě MU v Brně, Pořičí 9/11. Ve stejnou dobu a na stejném místě proběhnou dvě další, tématicky blízké konference (2.konference Škola zdraví, 34. konference Podpora zdraví dětí a dorostu), se kterými budeme mít společné zahájení a vyžádané úvodní přednášky. Následující průběh naší konference bude mít tradiční uspořádání (bloky s blízkou tematikou, výzkumné práce, přednášky 10 min., 5 min. na diskusi, postery, publikace zkrácených verzí prací v Homeostasis) Ubytování bude možné zajistit na VŠ kolejích MU, Vinařská 6, nebo v hotelích v blízkosti místa konference. Konferenční poplatek bude 600Kč pro členy vědeckých společností a 300Kč pro studenty a seniory. Mimo účasti na všech konferencích bude poplatek opravňovat k účasti na společném večerním diskusním setkání (obdobu našich společenských večerů) a na koncertu vážné hudby. Poplatek se bude platit na místě. S výjimkou uspořádání vědeckého programu konference bude všechny ostatní stránky konference zajišťovat společný organizační výbor pod vedením doc.PhDr.E.Řehulky,CSc.

Za výbor společnosti pro psychosomatické integrace ČLS J.E.Purkyně  
Prof.MUDr.Miloslav Kukleta,CSc.

Přihlášky do konce dubna na adresu M.Kukleta, Fyziologický ústav LF, Komenského 2, Brno 662 43, e-mail: [mkukleta@med.muni.cz](mailto:mkukleta@med.muni.cz)



## Druhá informace o 11. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci ve dnech 21.9-23.9.2006



Přípravu konference sledujte na stránkách [www.lirtaps.cz](http://www.lirtaps.cz). Už je 86 přihlášených, maximální kapacita je 150 lidí. Cokoli Vás napadá nad tématem Emoce a nemoc stále můžete přihlásit do programu, který ji utěšeně přibývá! Hodláme znovu vytvořit příjemné a bezpečné prostředí pro naše rokování, nebojte se přijet a podělit se s ostatními o své dojmy, zkušenosti a dovednosti. Napište nám své nápady. Sháníme také bodyterapeuty a Reichiány, kde jste, přihlaste se do programu. Připravujeme pro Vás lahůdku-filmový záznam přímé práce Wilhelma Reicha s pacienty ve třicátých letech v Praze! Udělejme v Liberci blok věnovaný tělové terapii!

Za přípravný výbor dr.Chvála

Tato odborná akce proběhne nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

## ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

### Kasuistika - terapeutický potenciál imaginace ve skupinové práci u pacientek s poruchami příjmu potravy aneb další možnosti užití katatymně imaginativní psychoterapie (dále KIP)

PhDr. Lucie Pelková, PhD.

Autorka pracuje na Denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy, který je součástí Psychiatrické kliniky VFN v Praze. Je výcvikovým terapeutem v KIP.

*Tento příspěvek navazuje na přednášku Eberharda Wilkeho „Pozice katatymně-imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny“, která byla v Psychosomu nedávno uveřejněna. Náš příspěvek si klade za cíl demonstraci terapeutických možností tohoto přístupu a zejména jednoho z jeho hlavních atributů, totiž **tvořivé práce se symbolickým vyjádřením psychických struktur a konfliktů.***

Stacionární léčba pacientek s poruchami příjmu potravy má svá specifika. Jsou to zejména

- týmová spolupráce odborníků při plánování a reflektování léčby každé jednotlivé pacientky



- komunitní léčebný systém, jehož důsledkem je nutnost vždy všechna terapeutická rozhodnutí a činy vnímat také z pohledu skupinové dynamiky
- možnost kombinace různých terapeutických přístupů – úspěšně se zde doplňují především **kognitivně – behaviorální** přístup v rámci jídelního režimu a schopnosti plánovat a uskutečňovat životní změny, a **dynamicky orientovaná psychoterapie**, pomáhající porozumět souvislostem, případně příčinám nemoci a tomu, co ji udržuje „v chodu“.

Těžiště léčebných postupů tedy spočívá v práci se skupinou a využívá jejího léčebného potenciálu. Při práci se skupinou se snažíme obsáhnout témata, která jsou ve skupinové psychoterapii obvyklá a využíváme různých forem skupinové práce (techniky zaměřené na verbální a neverbální komunikaci, sebepoznání, vnímání tělesných signálů, práce s postoji, hodnotami, tvorba životního plánu a plánování konkrétních životních aktivit atd.)

Současně pracujeme s tématy specifickými pro poruchu příjmu potravy: zaměřujeme se zejména na jídelní zvyky v rodině, vnímání tělesného schématu, vliv PPP na různé oblasti života pacientek atd.

Pacientky se mimo jiné učí se svými problémy zacházet tvořivě – doposud je neřešily, ba nevnímaly vůbec, anebo používaly stereotypní „tunelové vidění“, anebo se psychického napětí zbavovaly prostřednictvím manipulace s jídlem (hladověním, bulimickým přejídáním, následným zvracením atd.)

Za tímto účelem rozšiřování zorného pole pro problémy a pro množství variant použitelných k jejich řešení zařazují mezi skupinové techniky i KIP.

Na níže uvedeném příkladu skupinové práce chci poukázat na diagnostický potenciál práce s denním snem a na jeho **akcelerační efekt při zpřístupňování psychických struktur a konfliktů**. Tato konkrétní skupina pacientek pracovala v relativně nízkém počtu (daném konkrétní docházkou toho dne), kde 3 pacientky byly přibližně v polovině léčebného času (celková doba léčby je 3 měsíce) a 2 pacientky byly na stacionáři třetí týden, tedy krátce, ne však již nově.

Užití KIP ve skupině je vždy nutno **pečlivě zvážit z pohledu možných kontraindikací**: pacienti se musí cítit v relativně bezpečném prostředí a v důvěryhodném vztahu s terapeutem, u pacientů musí být ve všech případech vyloučeno podezření na psychotické fenomény, těžkou depresi nebo výrazné formy hysterie. Terapeut by měl být **pokročilým v KIP jak na teoretické, tak na sebezkušenostní rovině**.

Volba tématu (v řeči KIP „motivu“) pro tuto skupinu vycházela jednak z toho, co bylo aktuálním tématem v léčebném procesu skupiny (stejně téma řešilo v jednom čase více pacientek), jednak z toho, jaká témata jsou pro pacientky s poruchami příjmu potravy obecně nosná.

S touto skupinou jsme řešili v dané době téma **osobních hranic** – jak a zda je cítit, zda vnímají, když jsou překračovány, zda jsou schopny je určit a udržet proti sociálním tlakům atd. Kdo pracuje s poruchami příjmu potravy častěji,

jistě ze zkušenosti ví, že téma osobních hranic je pro tuto poruchu jedním z klíčových a že pacientky svoji malou schopnost udržet si psychologickými prostředky osobní hranice toho co chtějí a nechtějí dělat, kým chtějí a nechtějí být, řeší právě prostřednictvím symptomů a jejich důsledků (sociálních i zdravotních) – v tomto případě vynechávání porcí, přejídání, zvracení, abúzus laxativ atd.).

KIP nabízí pro tuto problematiku vhodné motivy zabývající se např. imaginováním vlastního prostoru, kam nikdo jiný nemá přístup, ohraničeného pozemku, obranných hranic nebo dveří, které se dají v případě potřeby zavřít nebo zamknout atd.

**Průběh skupiny:** terapeutka provedla se skupinou společnou relaxaci a poté zadala jako motiv vlastní pokoj s pobídkou povšimnout si jak je pokoj možno uzavřít, pokud by chtěly mít soukromí. Pacientky asi 10 minut imaginovaly, poté byla provedena aktivizační část k ukončení relaxace a následovalo skupinové verbální zpracování imaginovaných obrazů.

**Pacientka 1:** nejdříve vidí růžový, přeplácáný pokojík, pak srub se stolem, pak kobku v kulaté věži, vchod je tunelem, nejsou tam dveře, je jí tam velká zima, je skrčená mezi skříněmi.

Je rozladěná, že nemá jasno o svém pokoji, že neví, jak by měl vypadat, že v té kobce je jí zima.

**Pacientka 2:** vidí pokojík u nich doma, přes dveře slyší hádky matky s partnerem, je jí z toho smutno. Chce usednout do ratanového křesla u sebe v pokoji, ale propadá se jím, je jí to velmi nepříjemné. V následném pohovoru na dotaz, zda by v jejím pokoji bylo něco stabilnějšího k sezení, sděluje, že by raději chtěla sedět na dřevěné truhle, která je sice obyčejná, ale pevná a nepropadla by se.

**Pacientka 3:** vidí pěkný, světlý pokoj, ale jak dojde na dveře, zúzkostní – jsou celé skleněné – může vidět všechny venku, ale s hrůzou si uvědomuje, že všichni vidí ji i všechno co dělá. Změní tedy obraz na těžké dubové dveře, ale zas má úzkost, že se z pokoje nedostane ven. Na dotaz v následném pohovoru si uvědomí, že by chtěla do dveří kukátko, aby se mohla podívat, kdo klepe, a rozhodnout se, zda otevře. Dosud totiž pokládala za povinnost otevřít každému bez ohledu na to, zda se jí chtělo (to míní na metaforické rovině, ale cítí, že to dobře ilustruje i její chování ve vztazích).

**Pacientka 4:** nevidí žádný pokoj - jen si pluje na obláčkách, je to svoboda a volnost, ale trochu jí vadí, že nemá žádné dveře. V následném pohovoru si uvědomí „neumí nikomu říkat ne, že by potřebovala přerušit řadu vztahů, které nepotřebuje nebo jí škodí a vstoupila do nich bez zvážení vlastních zájmů, na přání těch druhých. Druhý den referuje na komunitě, že změnila telefonní číslo a tak se nechtěných kontaktů - zatím na symbolické rovině – zbavila.

**Pacientka 5:** nejdříve vidí růžový, přeplácáný biedermeierovský pokojík, ale vůbec se v něm necítí dobře, nedá se tam pro množství věcí ani uklidit. Pak si uvědomí, že pokoj má velmi viklavé a nespolehlivé dveře, kterými stále provívá průvan, to ji ohrožuje, je jí z toho špatně, buší jí srdce při myšlence, že by někdo mohl vtrhnout dovnitř a např. ji okrást. Na dotaz v následném pohovoru, jaké by chtěla mít dveře, aby se v pokoji cítila bezpečněji, sděluje, že by chtěla mít dveře s několika bezpečnostními zámky, s kamerou a panoramatickým kukátkem, aby viděla všude a mohla se tak uchránit před zloději, vrahy, ... Otec ji vždycky strašil, že všude číhá nebezpečí, ona jeho scénář přejala.

**Komentář:** lze předpokládat, že i bez teoretických komentářů je na uvedeném příkladu dobře patrný okamžitý symbolický obrazový vhled do dané psychické problematiky. Je nutno zdůraznit, že pacientky neprožívaly svůj vnitřní obraz jako náhodný, byl pro ně **obsazen prožitkem** a takto o něm i referovaly. Vnímaly jako přínosnou možnost poznat šíři variant zadaného tématu – neboli jaký obraz se utvářel u jejich spolupacientek. Následný pohovor byl pak veden tak, že každá referovala svůj obraz s prožitky, byl nabídnut prostor pro reflexe a asociace ze skupiny k jednotlivým obrazům a pokud se objevilo téma, které vnímala pacientka jako ohrožující, byla vybídnuta k dodatečné představě o tom, co by chtěla ve svém obraze mít (viz Pacientka 2 a 5), právě s poukázáním na možnost (a nutnost) utváření si představ o tom, jak potřebují mít uspořádán svůj svět, aby se cítily lépe. Odpověď na tuto otázku totiž pacientky často vůbec neznají.

**Závěr:** všechny pacientky svůj pobyt na stacionáři již ukončily. K jejich imaginovaným obrazům jsme se však společně v rámci psychoterapie často vraceli. Sloužily též jako východisko pro formulování dalšího cíle v následné psychoterapeutické péči po léčbě, ke které pacientky na závěr léčebného pobytu motivujeme.

U KIP je cíl terapie identický s cíli hlubinné psychologie: **rozvoj osobnosti v sebereflektujícím, rozumějícím procesu.** Způsob, jakým pacient uchopí motiv, ozřejmuje, jak vnímá svět – zda jako bezpečný, živoucí, plodný, nebo prázdný, ohrožující, přetěžující. Imaginace jsou velmi intenzivními zážitky. Způsoby zacházení s nimi pak mohou být propracovány v následných pohovorech. V KB tedy běží současně dva procesy: **primární, vycházející z vnitřního světa obrazů, který je pak uchopen pomocí sekundárního verbálního procesu.** Rovina imaginační se střídá s rovinou narativní (s rozhovorem). Na rovině obrazné dominuje zážitek, na rovině rozhovoru kognitivní zpracování. Je zdůrazňována rozdílnost obou procesů – pacient je ponořen do emočního zážitku pod terapeutovou ochranou, aniž by musel abstrahovat. Naopak v rozhovoru dominuje metakomunikace. Pacient a terapeut se snaží obrazu porozumět a kognitivně se zorientovat v afektech a vztahových konstelacích představených v obraze. Pacient zažívá díky imaginaci své cítění a chování v jakési kvazirealitě a může je **znovu promyšlet a tvořit přiměřenější způsoby.**

**Imaginace jsou raným výrazovým prostředkem, disponujícím silným afektivním a integrativním potenciálem.** Pacient je podporován v tom, aby tvořivě představoval svůj vnitřní svět, promítal do obrazů své jinak difúzní tělesné pocity, strachy, očekávání a vzorce chování, díval se na ně a sděloval je terapeutovi. Pacient je podporován v tom, aby zacházel se svými obrazy onnipotentním způsobem, což posiluje jeho prožitky kompetence. Zároveň obrazy sdílí s jiným člověkem, což představuje spojení mezi vnitřním a vnějším světem, které dává vnitřní realitě životnost (z přednášky Dr. Rolfa Lippmana, docenta KIP).

**Pro zájemce - nejbližší akce pořádané Českou společností pro KIP:**

Květen 2006 – mezinárodní seminář KIP v Trenčianských Teplicích – teorie, kurzy pro začátečníky i pokročilé.

Září 2006 – Katatymní tuplák – týdenní tradiční dvojité seminář na Moravských boudách (Špindlerův Mlýn).

Červen 2007 – 11. mezinárodní kongres KIP v Praze (nabízí přehled o vývoji KIP na evropském poli, možnost úvodního kursu, teoretické přednášky renomovaných psychoterapeutů – Poněšického, Mikoty, Burgina).

Centrální kontakt: Mgr. Jana Čechová – tajemník ČSKIP ,tel.: +420596934233, e-mail: kip2@post.cz.

# PRAXE

## Chvála V.: Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část II

### Summary

#### *Psychosomatic gynaecology and sexology II*

*There is not necessarily a noticeable difference between a standard medical practice and a professional psychosomatic approach. But the respect for patient's bio-psycho-social reality creates a different way of thinking, widens the viewpoint and changes therefore the inquiry. A psychosomatically oriented gynaecologist and sexologist asks the patients about different things than his colleagues. This article summarizes experience with a psychosomatic practice, in which it is impossible to separate gynaecology from sexology and urology. We understand the symptoms as possibilities available for the organism in certain periods of its lifetime within the scope of its important relationships. There are given casuistic examples. The text is published in three parts. Part No. II*

### SYMPTOMY V DOSPÍVÁNÍ

V dospívání se dostává genitál spolu s druhotnými sexuálními znaky do popředí, když již nelze dále pohlavní dimorfismus skrývat. Období separace je zvláště náročné na synchronizaci základní vztahové trojice matka-otec-dítě.<sup>3</sup> Všichni tři mohou produkovat symptomy podle svých možností. Není výjimkou potkat v ordinaci různé kombinace symptomů, jako například bolesti v podbřišku u matky a bolesti hlavy u dcery, případně bolesti v kříži nebo hypertenzi u otce současně. Běžnému pozorování unikají, protože každý z této trojice chodí k jinému lékaři. Emoční pole všech tří přitom typicky houstne, nároky dospívajících atakují dosavadní křehkou rovnováhu.

Organismus dospívající dívky má nově k dispozici snadné vytváření poruch hormonální funkce vaječníků, jejichž chod řídí cyklické změny v hypothalamických jádrech již dlouho před prvními měsíčky. S nimi je spojen téměř doslova krvavý rituál přijetí do ženského společenství a většina problémů v této době souvisí právě s tímto procesem. Jak významné to je, vidíme dobře u mentální anorexie. Po přechodném vytvoření sexuálních znaků pohlavních dochází k takovým vztahovým změnám v okolí dívky, že organismus přivodí někdy „raději“ regresi na předchozí vývojové stádium

<sup>3</sup> Rodina je dnes tak často neúplná, že si ani neuvědomujeme, že dítě se ve skutečnosti vyvíjí vždy ve vztahovém poli mezi matkou a otcem. Nepřítomnost jednoho či druhého od rodičovské role nijak neosvobozuje, jen ji komplikuje. Horší je vytváření negativního obrazu nepřítomného rodiče, než jeho prostá fyzická nepřítomnost. Protože i nepřítomný, ale statečný otec nebo matka, mohou být zbožňováni nebo obdivováni, kdežto obavy, že chybějící rodič je padouch, jsou zničující.

včetně váhové, mentální i hormonální, než by snášel nové nároky okolí, které v jejím těle začíná vidět sexuální objekt.

Váhání nad sexuální identitou je zde pravidlem, ne vždy se musí projevit až výrazným úbytkem váhy, někdy dojde jen k výpadu menses na delší dobu, které se jeví jako hormonální porucha. Že jde o pokus dívky zastavit tělesné změny se nejlépe ukáže až během kvalitní terapie s dobrým kontaktem. Teprve přijetí ženské role oslabí nutkavost restriktce příjmu potravy. To je často závislé na spolupráci s matkou, změna se odehrává v silovém poli matka-dcera. Otec, jak jsme popsali, je v tomto místě jaksi „druhý“, někdy dcerou dramaticky odmítaný. Typickým stavem trojice matka-dcera-otec je Trapkovou popsaný „**hladový trojúhelník**“, kdy matka hladoví po emočním sycení, otec po tělesném sexu, kterého je nyní nedostatek, a dcera po sblížení s matkou. Tento stav není typický jen pro skutečnou anorexii, ale i pro různé stupně subklinických projevů, jako jsou depresivita, úzkosti, somatizace či poruchy hormonální regulace.

I v tomto období se může projevovat genitál svými obvyklými symptomy (**bolest, výtok, svědění, ale i krvácení či poruchy cyklu**), i když častěji se ozve až v době prvních sexuálních pokusů, kde se dostane genitál do středu pozornosti. Stud, který v tomto věku stále ještě dívce velí se skrývat před cizími pohledy, může vést častěji k disimulaci než k přílišným návštěvám lékaře. Pokud přesto dívka navštěvuje častěji gynekologa pro potíže nejasného původu, bývá za tím skryta spíše úzkost matky z pohlavního dospívání dcery, než co jiného. To ona se často vyptává dcery, zda nemá obtíže, to ona kontroluje denně její prádlo, zda se neprojeví u dcery známky pohlavního dospívání. Její úzkost je tak paradoxně zdrojem zvýšené pozornosti k jinak fyziologickým změnám genitálu. Nejednou jsme za takovou úzkostí matky našli její vlastní traumatické zážitky v dospívání, jako je zneužívání či znásilnění.

Poměrně vzácně lze zjistit v této době neprůchodnost poševního vchodu, což se projeví dramatickým stavem jako náhlá příhoda břišní při prvním krvácení, protože krev nemůže odtékat přirozenou cestou. Při současné informovanosti dívek se to stává jen výjimečně a stav lze snadno ošetřit. I jiné vývojové anomálie je třeba vyloučit, byť by byly vzácnější než funkční a somatoformní poruchy genitálu.

Dívky kolem 12 let jsou přirozenými silami přitahovány do blízkosti matky, vyhledávají ji a chtějí s ní sdílet intimní prostor. V této první fázi separace, kterou můžeme nazvat homosexuální nebo homoerotickou, je pro ně přitažlivost ženské postavy přirozená. Blízkost sdílejí také s kamarádkami, mohou být silně přitahovány učitelkou nebo jinou starší ženou. To neznamena, že by měly být v budoucnu lesbicky orientované, ale někdy se leknou a s touto starostí přijdou spíše ty dospělé ženy, které dospívající dívka svou náklonnost projevuje.

Značný problém s dospíváním mohou mít dívky nejasně, nebo stále jasněji transsexuálně orientované. Pro ně je vývoj pohlavních znaků, především růst

prsů, extrémně deprimující. Jasný důkaz o ženské podstatě jejich těla, který přichází s prvními měsíčky, je pro ně šokující. Sexuální identita se teprve vyjasňuje z nerozlišeného předchozího stavu právě v silovém poli vztahů v trojúhelníku matka-dítě-otec. I když u nás převažuje názor, že jde o poruchu vrozenou, jednoznačné důkazy pro takové tvrzení chybí. Neznáme dosud všechny cesty, jakými se sexuální identita vytváří, ale je jasné, že v době, kdy se projeví porucha, je na léčbu již příliš pozdě. Operaci transsexuality, jakkoli dokonalou, nelze považovat za léčbu, jde jen o více či méně zdařilý převlek do opačného pohlaví. Gynekologické vyšetření dívek, které se definují jako transsexuál F to M, je obtížné a traumatizující. Je vhodnější předat takovou dívku do týmové péče sexuologa a psychoterapeuta.

## SYMPTOMY OD KOITARCHÉ K POČETÍ

Zatímco do této doby se organizmus ženy snadno projevoval v mnoha jiných, méně intimních oblastech, s otevřením intimity pro párový život dojde k přesunu pozornosti a tím také k rozvoji nových možností. **Bolest, výtok a svědění** jsou sice stereotypním projevem, zato je už téměř nikdy nebudeme moci oddělit od sexuálního života a tedy od intimních vztahů ženy. Pochybnosti o stabilitě vztahu, o bezpečnosti a jeho hodnotě, právě tak jako pochybnosti o sobě jako ženě a sexuálním objektu se mohou projevit nejvýhodněji právě zde. S dotyky v intimních místech, která byla dříve nácvikem hygieny tabuizována jako nečistá, se může žena obtížně v počátcích sexuálního života vyrovnávat. Výtok může být na dlouho výrazem nečistoty, může na sebe brát podobu štítlivé distance od tělesné sexuality.

Pochybnosti o vlastní hodnotě, o své výbavě k mateřství a v současnosti především značná nestabilita sexuálních vztahů, jsou častým zdrojem symptomů, od svědění a bolestí při styku až po skutečný vaginismus. Ten, není-li organicky podmíněn, prakticky vždy poukazuje na těžkou ambivalenci k nástupu mateřství a často i na psycho-sexuální nezralost ženy. Ta je ovšem podle naší zkušenosti podmíněna dokončením také druhé fáze separačního procesu, který je více než na matce, závislý na otci. A to bývá kamenem úrazu v mnoha rodinách, kde otec v době dospívání svých dcer již často nebývá přítomen. To je také podle nás hlavní důvod faktu zjištěného Rabochem a Rabochem, že zatímco v naší populaci žen během dvacátého století docházelo k postupnému nárůstu spokojenosti v sexu, v ročníkách žen narozených po roce 1970 je pozorován nápadný úbytek schopnosti prožívat sex se svým partnerem.

**Druhá separační fáze** je charakterizovaná bulimickým chováním, nabýváním výrazných ženských tvarů, se kterými se dívka rozhoduje bojovat, pokud nemá dost sebevědomí být taková jaká je. Podle naší zkušenosti je nyní otec tím významnějším rodičem, pokud je to možné a je dceři k dispozici, věnuje se jí, chodí s ní do společnosti, zdobí se s ní před kamarády a někdy s ním dcera tráví více času než s matkou. Taková dívka nabývá na

sebevědomí a nemusí tolik bojovat s váhou nebo jinými výkony jako důkazy své úspěšnosti.

Samozřejmě, že současně s přitažlivostí mezi otcem a dcerou povstanou síly tabu, aby nedošlo k incestnímu zapletení. Nejspíš právě proto bývá bezproblémové přijetí dcery otcem spíš vzácností. Generační rozdíly mají tendenci spíše rozdmýchat konflikty, které se pokouší matka tlumit. Často vídáme matku v pozici ochránce své dcery, což není nijak výhodné. Ačkoli toto chování komplikuje separaci, matce umožňuje zažívat pocit důležitosti a nepostradatelnosti, který by jinak, kdyby šly věci dobře kupředu, nezažívala.

Pokud je mezi rodiči napětí a přestali-li v důsledku toho již konzumovat sex, je situace nejistější. V sexuálně napjaté atmosféře je možnost sblížení mezi dcerou a otcem obtížnější a nezřídka k němu vůbec nedojde. A to bývá situace, kdy dcera nachází první vztah s mužem, který bývá obsazen spíše do role náhradního tatínka než skutečného partnera. Dobře to lze vidět z požadavků, které dívka na svůj první vztah s často starším mužem v této situaci klade: musí o ni pečovat, být spolehlivý, hodný, nesmí být agresivní, raději se s ním jen mazlí a tulí, než by vítala pohlavní styk. Ten však zpravidla dovolí ze strachu, aby partnera neztratila. Málokdy je však styk skutečně uspokojivý a není ani nijak neobvyklé, že pokud tato dívka otěhotní a porodí, schopnost prožívat sex se svým mužem ztratí úplně. To definitivně potvrdí podezření na její psychosexuální nezralost, i když to sama jen těžko připouští, a tak jsou chronické gynekologické problémy, oddalující sexuální aktivitu, obvyklejším řešením.

Méně často najde nezralá žena takového partnera, který je submisivní a snáší někdy i dlouhou dobu soužití bez sexu pro její vaginismus. Zvláště pokud si nechá muž namluvit, že mužská agresivita je odporná. Komplementárně to bývají muži, kteří vyrostli sami s matkou bez otce. Ten byl navíc v rodině považován za problematického sukničkáře utíkajícího od rodinných povinností. Pocity viny za svého otce drží takového mladého muže na uzdě. Případná léčba vaginismu je pak dlouhodobá a často marná, protože nemožnost realizovat sex ve skutečnosti dobře zajišťuje stabilitu páru. Stejně jako jsme ukázali, že léčba bulimie jde podstatně hůře, když dívka již má partnera, také zde vlastně její pseudopartnerství překáží v léčbě. Otec se již necítí kompetentní do hry vstupovat, přesto je to on, kdo má léčebný potenciál, pokud se začne znovu dceři na přechodnou dobu věnovat.

Vaginismus zpravidla brání imisi penisu už od prvních pokusů o styk. Pozoruhodnější jsou takové situace, jakou nám popsala pacientka asi osmadvacetiletá. Žila bouřlivým sexuálním životem dokud nepotkala „toho pravého“. Byl to první muž, se kterým věděla, že chce mít děti. Krutým paradoxem bylo, že vaginismus nikdy nedovolil, aby vstoupil. Dokonce ani svatba, od které oba očekávali změnu k lepšímu, nevědomé křeče pánevních svalů neodstranila. Tato pracovitá žena vyrostla v prostředí restaurací 4.cenové kategorie, kudy se její matka s dětmi jako servírka protloukala po imigraci z ciziny do Čech. Zdá se, že sexuální aktivita byla v tomto prostředí



běžnou komunikační strategií, jakmile se však objevil nárok na vznik mateřství, tělo cestu zablokovalo tím nejjednodušším způsobem.

*Toto období může být nejrůznějším způsobem prodlužováno, pokud nejsou splněny všechny podmínky k tomu, aby žena přijala roli matky. Od jednoduchého vyhýbání se kontaktům s muži, přes rozvoj lesbických nebo asexuálních vztahů, až třeba po sterilitu nebo tzv.potratové chování. Mezi ženami, které usilují o těhotenství za každou cenu včetně složité in vitro fertilizace, se tu a tam najdou ženy, které brzy poté, co přišly do jiného stavu, žádaly o provedení interrupce. Jistě jich není mnoho, ale můžeme na nich dobře vidět, jak samo přijetí mateřství je složitá záležitost, kterou nelze zjednodušit na pouhou techniku oplození.*

## **OD POČETÍ K PORODU**

Schopnost počít a porodit dítě je cela zvláštní zkušenost, která rozdělí obě části populace definitivně na ženy a muže. Změny, které se tohoto období týkají, jsou rozsáhlé. Možnosti organismu vytvářet symptomy jsou náhle větší, pestřejší a také nebezpečnější. Součástí matky je už jiný organismus. Konflikty mezi nimi mohou mít fatální následky (gestóza, eklampsie, fetální erythroblastóza, potrat, předčasný porod). Pro svou zvláštnost i význam se jen tomuto období věnuje lékařská disciplína- porodnictví. Její vývoj ve dvacátém století u nás přivedl prakticky sto procent žen rodit do nemocnic, zatímco dříve byla tato úžasná událost součástí každé rodiny. A protože se novorozenecká a mateřská úmrtnost staly součástí politické propagandy, nebylo nic ponecháno náhodě. Kam to vedlo a co si zažilo několik generací matek při porodu v osamění na nehostinných porodních sálech, pod nelaskavým tlakem profesionálů, nebylo u nás dosud reflektováno. Obáváme se, že u několika generací žen nalézáme známky posttraumatického stresového syndromu, který postihuje rozvoj mateřství po nejméně čtyři desetiletí. Zatímco o negativním vlivu oddělení dětí od matek bezprostředně po porodu se už dost ví, o zhozném vlivu naprostého oddělení matky a otce v době kolem porodu je toho známo velmi málo. Konstituce rodičovství se totiž na porod bezprostředně váže a v primitivních společnostech je provázáno rituály.

Během devíti měsíců, kdy je plod ukrytý před zraky světa v břiše matky, je čas nejen na jeho dozrání, ale také na dozrání mateřské funkce.

*V klinické praxi není vzácností potkat případ, kdy se dítě narodí předčasně a je nutné ho položit do inkubátoru. Vzácně jsme však mohli pozorovat situaci, kdy nezralá matka, zbavena takto svého břemene (v době porodu asi kilového) mohla svou ambivalenci k mateřství poměrně dlouhou dobu probírat s terapeutem. Ten se tak stál svědkem toho, jak obtížná je změna, o které obvykle u většiny těhotných nic nevíme. Byla to drobná dvaadvacetiletá žena, která se před svým prvním těhotenstvím léčila od svých osmnácti let pro výtok a svědění genitálu. Její rodiče byli velmi pečliví, matka dbala úzkostlivě na čistotu, pedantický otec byl zaměřený jen na výkon, málo schopný emočního*

*kontaktem se svými nejbližšími. Je velmi pravděpodobné, že dívka ve svém dospívání „uvízla“ mezi chladnou a nespokojenou matkou a přísným, distancovaným otcem. Štítivost k vlastním sekretům měla u dívky až obsedantní charakter. Vaginální lubrikace, opakovaně zcela fyziologického složení s normální vaginální florou, byla od začátku pohlavního života nezralé ale ctižádostivé dívky o to silnější, čím méně byla žádoucí. Sexuální prožitky s mužem, který byl rodiči preferován, aniž by byl dívkou skutečně milován, nebyly nijak fascinující. Dívka je připustila jen po velmi důkladné hygienické přípravě. Když nechtěně otěhotněla, propadla panice. Jak zvládne mateřství? A co když nebude dítě zdravé? Je tolik možností, jak by mohlo stonat! Předčasný porod asi kilového dítěte byl na jednu stranu katastrofou, na druhé skýtal možnost to ještě vzdát. Kdyby dítě zemřelo, a to v té době bylo dosti pravděpodobné, nemusela by se ho matka ujímat. Mladá žena oscillovala v dilematu několik týdnů od naprostého zavržení dítěte až po obrovský strach o jeho život. Postupně si zvykala na představu, že si dítě, které mezitím docela dobře prospívalo, vybojuje sama na sobě, že se ho ujme a bude matkou. Pokud takto bouřlivý proces probíhá u těhotné mladé ženy, která se teprve chystá být matkou, musí to být jak pro ni tak pro dítě velmi náročné. Umíme si představit, jakou bouři neuromediátorů a hormonů to může vyvolat. Předčasný porod může být takovým posledním řešením, jak vzdát mateřství, přesto, že bývá prožíváno matkou i okolím tragicky. Tato mladá matka se nakonec rozhodla, že dítě nepřijme a dokonce měla v úmyslu zažalovat zdravotnické zařízení za to, že nenechali dítě zemřít a riskovali jeho poškození, ačkoli jeho zdravotní stav byl překvapivě dobrý.*

V centru pozornosti porodníků je jednotka matka- dítě, když o tom, jak vypadá její partnerství, nebo vůbec kontext těhotenství, víme jen málo. Jak jinak se cítí zralá matka, připravená na těhotenství, očekávající první dítě společně se svým partnerem, než mladá studentka, která nechtěně počala po krátké známosti s klukem, který, když zjistil, že je těhotná, začal si raději s její spolužačkou! Až třetina mladých žen se dnes rozhoduje počít dítě a zůstat s ním sama, proto se může zdát, že po staletí tradované svatební rituály, které měly za úkol zajistit stabilitu rodičovské dvojice matka-otec, jsou již k ničemu. Také stále sofistikovanější laboratorní techniky umožňující početí i u dříve nevléčitelně sterilních párů, obcházejí přirozené obrany, kterými organismus disponuje.

Dosud není vůbec jasné, jaké následky budou takové naše zásahy do rodiny mít. Jak rodina jednopohlavní (jen s matkou či jen s otcem), tak i oplození semenem dárce nebo dokonce experimenty s klonováním, mohou mít neodhadnutelný vliv na organismus rodiny. Dávno nejde přece jen o to, přivést na svět dítě za každou cenu. Jeho cesta tím teprve začíná a výsledkem je dospělý člověk schopný spoluutvářet lidský svět, to znamená svět, který má smysl. O tom, jak se to děje, nemáme my lékaři příliš ponětí. Obávám se, že to je zcela mimo naše zorné pole, když sociální a psychologické vědy naprosto neovlivnily naše vzdělání. Chováme se, jako by to nebyla naše věc. Ano, pacienti po nás často žádají nemožné. To nás ale nezbavuje odpovědnosti. Měli bychom vědět, co způsobíme například tím, že doporučíme matce, aby

dovolila zmenšit počet plodů, když při in vitro fertilizaci se uchytily tři plody. Ona tak musí řešit dilema ne nepodobné Sofiině volbě. Nebo co můžeme způsobit, když nedovolíme matce, aby pohřbila své zemřelé, předčasně narozené dítě. Pokud má pak potíže, snadno to svedeme na její „přílišnou citlivost“, nebo dokonce „hysterii“.

*Takové případy nebývají v praxi vzácné. V jednom z nich byly následky velmi vážné, i když v tomto pojetí medicíny jednoduché lineární kauzální řetězce neplatí. Šlo o ženu, která se dostala do naší péče po komplexní léčbě nebezpečného zhoubného nádoru v oblasti krku. Sarkom, kterého si všimla poprvé v den výročí smrti svého dítěte, velmi rychle rostl a nechybělo mnoho, aby ji zabil. Psychoterapie měla být jen podpůrnou metodou u infaustního onemocnění. Vyprávěla nám, jak dlouho usilovala o dítě. Některá těhotenství končila samovolným potratem, některá za dramatického krvácení v pozdním těhotenství, ale vždy dítě zemřelo. V jednom z posledních pokusů se stalo, že těhotenství rostlo, ale v pátém měsíci bylo vysloveno podezření na vrozenou vývojovou vadu srdce, jen těžko slučitelnou se životem. Matka byla hospitalizována už dva měsíce před porodem na klinice, kde by mohla být větší naděje na záchranu dítěte operací, i když takovou naději lékaři matce nedávali. Naopak. Celé dva měsíce byla vystavena tomu, že ji ukazovali studentům, převážně anglicky jim vykládali, jak je pozoruhodné, že při této včasné diagnostikované srdeční vadě je dítě natolik závislé na matce, že po porodu musí zemřít. Je těžké si představit, jak bylo matce, která tolik toužila po dítěti, když musela poslouchat takové řeči. Anglicky rozuměla až příliš dobře, její matka byla učitelkou angličtiny. Nelze se divit, že lékařům uvěřila a když se dítě konečně narodilo, ze strachu se na něj ani nepodívala. Navzdory tomu, co slibovali lékaři, dítě žilo ještě asi 14 dnů. Zdrojem nesnesitelných výčitek se stalo vědomí, že své dítě po dobu jeho života, těchto čtrnácti dnů, nechovala a nebyla mu k dispozici. Můžeme snad takovou matku považovat za slabou nebo hysterickou?*

Vedle nápadných změn těhotné ženy dochází k typickým proměnám jejího sociálního okolí. Stejně významné, jako zvětšování dělohy nebo prsů jsou také proměny mladého páru a jejich širší rodiny. Na to, jak se na své otcovství připravuje nebo nepřipravuje manžel, může reagovat žena podivnými symptomy, v jejichž kořenech nacházíme úzkost. Významné jsou také reakce celých rodin, které jsou chtě nechtě oběma partnery spojeny. Bez rituálů je nsnadné najít rovnováhu v narušených vztazích. Těhotná mladá žena se stává nezávislejší na rodičích, její matka se chystá na prarodičovství, často sama ještě mladá, zatímco matka mladého muže se musí smířit s tím, že ona bude mít na své očekávané vnouče menší vliv, když tu nejpodstatnější intimní část rodové kultury bude na novorozence přenášet jeho matka- snacha. V tak složité soustavě uvažovat o jednoduchých příčinách těhotenské patologie, jako je raná nebo pozdní gestosa, krvácení, potrat nebo předčasný porod právě tak jako přenášení, je skutečně naivní.

## SYMPTOMY V DOBĚ PORODU A ŠESTINEDĚLÍ

**Porod a šestinedělí:** představují relativně krátkou epizodu v životě ženy, současně však přinášejí zásadní změnu: po narození dítěte nebude žena již nikdy sama za sebe, vždy zde bude mít ještě dítě, vždy bude matkou, dokonce i tehdy, pokud dítě nešťastně ztratí. Vztahové pole bude od této chvíle vždy obsahovat tři figury: matku, otce a dítě. Proto se rozvíjí další významová rovina: některé symptomy budou více patřit do vztahu s mužem a jiné do vztahu s dítětem (mastitida, symfyseolýza, psychózy laktačního okruhu). Ty obohacují dosavadní nabídku symptomů ženy. Jen pomalu se bude oslabovat vliv její matky a otce. Pokud se pevně vymezuje nová rodičovská jednotka, je to snazší. Tam, kde hranice mezi generacemi chybí, nebo ještě ani nedošlo k separaci, je situace samozřejmě náhle mnohem komplikovanější. U některých chronických chorob, jako je astma nebo ekzém, slibují příslušní odborníci naději na vyléčení poté, co žena porodí. To se ale podle našich zkušeností stane spíše tehdy, když proběhla separace mladé matky od svých rodičů, kam tvorba chronických symptomů patřila. Jinak může naopak dojít spíše ke zhoršení, protože situace s příchodem dítěte je mnohonásobně komplikovaná.

Porod sám sice skýtá velké množství různých komplikací, které bychom mohli probírat z pohledu vztahů rodičky k jejímu sociálnímu okolí, nemá to ale valného smyslu, protože jde téměř vždy o akutní projevy. V nich je třeba co nejrychleji efektivně zasáhnout, než rozvažovat nad tím, do jakého vztahu symptomy patří.

Sama bolest, nejnápadnější projev porodu, může být vnímána velmi různě. Zkušenost říká, že zralá žena, která je dobře připravena na porod nejen fyzicky ale také psychicky ( a nutno dodat také sociálně), snáší nezbytnou bolest provázející kontrakce mnohem lépe, než žena nezralá, úzkostná, nezajištěná, příliš mladá nebo dokonce zneužitá, protože ta de facto porod „utrpěla“ bez vlastní vůle. Rozdíl mezi nimi je tak nápadný, že to vedlo k zavedení psychofyzické nebo psychosomatické porodní přípravy, která byla propagována i v dobách největšího materialistického teroru u nás. Teprve otevření přípravy i porodního sálu také otcům umožňuje matkám, aby plně využily emoční náboj, který porod nesporně s sebou přináší, ve prospěch dítěte a rodiny.

Přechodem dítěte z vody na vzduch se začne vytvářet souhra viditelných interakcí matky a dítěte. Rozhodující je synchronizace, která vyžaduje jejich společné blízké spolupobývání. Je nemyslitelné považovat symptomy jednoho z nich za izolované jednotky. Co jednomu se stane, oběma se stane. Z hlediska synchronizace můžeme rozdělit poruchy v šestinedělí do několika skupin. Symptomy vytvářené

- Dyskoordinací matky a dítěte (poruchy nástupu laktace, poruchy spánku, poruchy chování)
- Poruchami kontaktu matky a dítěte (úzkost matky, neklid dítěte, první kožní projevy u dítěte)

- Poruchy koordinace matky+dítě s bezprostředním okolím: otcem a oběma babičkami (deprese či psychotická reakce matky, poruchy pohybového aparátu- především tzv. symfyseolýza)

Dyskoordinace spočívá v tom, že jak matka, tak dítě jsou v pořádku, ale nedaří se jim sladit své potřeby. Když má dítě hlad, matka spí, a když chce matka krmit, spí zase dítě. Většinou se to srovná, ale pokud v důsledku dyskoordinace má matka prsy příliš nalité a dostane teploty, může zcela nevhodné rozhodnutí, které oddělí matku od dítěte, vést k prohloubení poruchy. Z malého rozdílu se může postupně stát velký problém. Určitě jsou některé děti nadané k tomu, tuto poruchu vytvářet, právě tak jako některé matky, nebo nevhodné podmínky pro matku a dítě, vedou snadněji k rozvoji náročné situace, ve které jsou jak instinkty dítěte tak matky frustrovány. Matka mluví o neklidném dítěti, kterému je těžké se něčím zavděčit.

Trochu jiná je situace, kdy se matka bojí dotýkat svého dítěte. Nejistota v dotyku může vést k problematickému přilnutí dítěte k matce. To se jistě během šestinedělí zlepšuje, pokud však matka nenalezne dostatečné sebevědomí, nebo jí ho omylem někdo z blízkých soustavně podryvá, může to mít následky pro dítě na celý život. Z časných symptomů u dítěte jmenujme alespoň atopický ekzém a později rozvoj astmatu. Do konce prvního roku života řeší dítě z hlediska psychoanalytické teorie základní důvěru nebo nedůvěru ke světu. To ovlivní jeho chování po celý život. (Erikson, E.H.: Dětství a společnost, Argo, Praha, 2002)

Upozorňujeme zde na tyto aspekty jednotky matka-dítě proto, abychom přiblížili situaci mladé matky, pro kterou nemá medicína příliš pochopení. Kdybychom měli popsat celou škálu chorobných stavů, které tato jednotka vytváří, museli bychom k ženskému lékařství přidat pediatrii a dorostové lékařství nebo internu. Jistě je to především dítě, které nyní leží matce na srdci, to však neznamená, že ostatní vztahy kolem ní nemohou být zdrojem dalších symptomů.

Začíná se utvářet nejen mladé mateřství, ale i otcovství. Nejistota nezplavuje jen mladé ženy, ale i jejich muže. Na souhře mezi matkou a otcem, kteří až do narození dítěte byli pouze partnery ( a někdy ani to ne), bude záležet nejen zdraví dítěte a jeho vývoj, ale i jejich vlastní osud. Nejpodstatnější paradox této situace, který bývá často přehlížen, je fakt, že partneři, dosud spojení jen **získaným** vztahem, budou navždy svázáni vztahem **vrozeným** skrze společné dítě. Zatímco získané vztahy lze ztratit a najít nové, rodičovství z podstaty nelze zrušit. Lze je jen lépe či hůře naplnit.

V takové situaci se proměňuje také sexualita mladého páru a jistě se nelze divit tomu, že ne vždy slouží oběma k plné spokojenosti už v prvním roce jejich rodičovství. Vytváří se vhodná půda pro nejrůznější gynekologické symptomy, které mohou pomáhat regulovat nerovnoměrnou sexuální touhu muže a ženy. K tomu dnes přistupuje sexuální teror médií, která vytvářejí tlak na tělesnou normu. V té jsou poporodní tělesné změny dalším zdrojem nejistoty ženy.

Takové prostředí určitě sebevědomí mladých žen po porodu nezvyšuje. Pokud má mladá matka vedle sebe navíc málo zralého muže, znejistěného nastupujícím otcovstvím bez podpory zralé mužské komunity, jsou poruchy páru v prvním roce rodičovství více než pochopitelné. Je nápadné jak často se tyto poruchy přičítají změnám pánevních orgánů po průchodu dítěte porodními cestami. Ty se však naštěstí hojí mnohem rychleji, než nezvratné sociální změny po porodu.

*Dokončení v příštím čísle*

## TEORIE

### Poněšický J.: Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie

V této přednášce mi jde o poukazy na překvapivý souběh mezi neurologickými a biochemickými poznatky o činnosti mozku, a psychodynamikou i psychoterapií psychogenních poruch. Snad nejlépe neuropsychologicky prozkoumanou poruchou je posttraumatický stressový syndrom s typickými depersonalizacemi, derealizacemi, panickými úzkostmi a jejich somatizacemi.

**Trauma** /Poněšický, str. 121-124/, traumatická událost je charakterizována náhlostí a neočekávaností, stejně jako svou intenzitou a rozsahem. Z hlediska postiženého se jedná o zcela nepřipraveného jedince, který je této situaci naprosto vydán, ocitá se ve stavu bezmocné úzkosti a neutuchajícího stresu bez možnosti obrany či útěku. Jeho autoprotektivní reakce se dá spíše přirovnat k reflexu smrti /freezing/, nehybnosti, k roztržitému vnímanému a tudíž k neschopnosti si uvědomit dosah traumatu – což se rovná psychické obraně před naprostým zoufalstvím. Fragmentace traumatického zážitku a všech s ním spojených vjemů mají za následek, že se tyto senzorycké fragmenty neuspořádají do narativní formy, což znamená, že se vzpomínky na trauma nedostanou do slovní podoby, a tím se nezařadí do dosavadní osobní historie postiženého.

Tato psychická obrana probíhá již na neurofyziologické a biochemické úrovni. Neuspořádané, silně afektivní a pouze reflexně obranné vnímání a zpracování traumatické situace je důsledkem skutečnosti, že se příslušné vjemy dostaly jen do tzv. horkého subsystému zpracování stresu v mozkovém jádru



*amygdaly*, kde dochází pouze k fragmentárnímu uskupení vjemů v tzv. implicitní paměti. Extremním vzrušením se uzavírá cesta k dalšímu zpracování do tzv. chladného paměťového subsystému *hippocampu*, který si lze představit jako pečlivě seřazený archiv, jako narativní způsob tzv. explicitní paměti. Biochemickým důvodem nemožnosti dalšího zpracování je masivní stres s náhlou hyperprodukcí adrenalinu, noradrenalinu a kortisolu. Trauma je tak jakoby stále přítomno a je kdykoli vyvolavatelné nejrůznějšími podněty, jež mají i vzdálenou podobnost s původní traumatickou situací (flashbacks, intruse, sny atp.).

Ale i obecně je **nekontrolovatelná stresová reakce** charakterizována trvajícím či stále se opakujícím aktivací kortikálních a limbických struktur mozku, jakož i centrálně periferního noradrenergického systému, které se vzájemně potencují, takže dojde k nadměrné aktivaci osy hypothalamus-hypofyza-nadledvinky s masivní stimulací buněk vyrábějících a vylučujících kortizol. Následné zvýšení hladiny glukokortikoidů se projevuje destabilizací zaběhaných synaptických spojení mezi neurony v mozku. Následné vyčerpání, a snížení hladiny noradrenalinu má za následek snížený mozkový metabolismus, sníženou produkci neurotrofních faktorů až po degeneraci noradrenergických axonů v kůře mozkové a k zániku pyramidových buněk v *hippocampu*.

Tak bylo zjištěno atrofické zmenšení onoho důležitého centra, které organizuje a reorganizuje naši paměť a uspořádává naše zážitky do formy osobních zkušeností.

Nezávisle na těchto poznatcích byly vyvinuty u těchto poruch specifické terapeutické techniky, jejichž společným jmenovatelem je frakcionované zpracovávání traumatických zážitků s vlastní regulací toho, co je možno v daném okamžiku snést – což odpovídá neurofyziologické etiopatogenezi.

V obou případech jde tudíž o **nedostatečnou kapacitu** pro zpracování určitých zátěžových situací, konfliktů či frustrací. Někdy jde i o jejich kumulaci: tak např. při tzv. *mobbingu*, ústícího až do ztráty zaměstnání, jde jak o snášení ponížení, tak i o prožitek ztráty. I zde se jedná o nepřipravenost na tuto možnost, a tak je nejčastější diagnóza na psychosomatické klinice, kde pracuji, *maladaptivní syndrom*, často spojený s bolestmi – jedná se zde přece o narcistickou ránu, resp. o ztrátu části sebe sama, svého pojetí pracujícího a výdělečně činného člověka. Jde o neschopnost zpracování této situace, jež zůstává gestaltisticky otevřená, takže to dále v člověku „pracuje“ a jej to vyčerpává. To může vést až k syndromu vyhoření či k anhedonické depresi; jak protest tak i volání o pomoc se zdají být beznadějné.

**Vzniku psychosomatických příznaků** v této situaci lze rozumět jako zástupnému tělesnému reagování, jako potřebě se emočně vyjádřit a své utrpení sdělit. Jedná se i o známku toho, že naděje na pomoc ještě nezemřela. Naproti tomu tam, kde traumatická situace „vítězí“ dochází k jejímu průniku do osobnosti a spíše k nekoordinovanému psychosomatickému reagování, k fragmentaci, k fúzi zevního a vnitřního světa, jak to pozorujeme u

schizofrenní poruchy, což je zároveň i obranou proti uvědomění si této nesmiřitelné diskrepance mezi oběma.

Jde tedy o jistou slabost či křehkost osobnosti, tzv. jáských funkcí, o deficitní schopnost kognitivně i emočně zvládnout určité zátěžové situace a jednat dle toho. To může být podmíněno jak geneticky, tak i biochemickou poruchou např. následkem prodělaných mozkových traumat, chorob, intoxikací, či oněmi traumatickými zážitky. V tomto posledním případě lze hovořit u mnohých psychiatrických onemocněních o **psychosomatóze mozku**. V této souvislosti je téměř paradoxní, že na jedné straně uznávají i biologicky orientovaní lékaři psychogenitu vzniku takových psychosomatických chorob jako je dvanáctníkový vřed či hypertenze, a brání se představě, že i v mozku může chronická zátěžová situace mít za následek více méně trvalou biochemickou či neuronální změnu.

Místo sporů mezi psychoterapeuty a biologicky zaměřenými psychiatry by bylo daleko smysluplnější správně diagnostikovat, a to zejména s ohledem na to, zda je v první řadě třeba aplikovat psychoterapii s důrazem na posílení „já“, na stabilitu, syntézu a strukturaci osobnosti (u psychos, PTSD či časných strukturálních poruch osobnosti), ev. i v kombinaci s psychofarmaky, či zda je možno se zabývat alternativními řešeními pacientových vztahů, jeho maladaptivními vzorci chování /zdali je toho pacient schopen.

Badatel v oboru **výzkumu mozkové činnosti** G. Roth /2003/ shrnuje dosavadní poznatky následovně: „Racionalita je zavzata do afektivní basální struktury našeho chování; **limbický systém rozhodne**, do jaké míry se na něm bude podílet náš rozum... výsledné jednání musí být emocionálně akceptovatelné. Toto vyhodnocení se děje přes basální ganglia, jež jsou uložena hluboko v našem mozku a pracují zcela nevědomě... neboť sídlem nevědomé emoční paměti je limbický systém, který určuje základní strukturu našeho charakteru a naší osobnosti /str.143/... Jediná naděje našeho rozumu záleží v tom, že si zřetelně představíme následky našeho chování a tím vzbudíme silnou atraktivní či averzivní emoční reakci /str. 163/“. Konec konců jsou „city nejspolehlivějšími rádci vzhledem k pozitivním i negativním konsekvencím našeho jednání, potažmo přežití /str. 160/“.

S tím je v plném souladu i často citovaná psychoterapeutická zásada předního amerického psychoanalytika Otto Kernberga, že „terapeutická interpretace s následným vhlédem do vlastní osobnosti je jen tehdy hodna tohoto označení, když způsobí silnou emoční reakci, mající za následek rozhodnutí něco podstatného ve svém chování změnit“. G. Roth vítá dialog mezi psychoanalytiky a výzkumníky mozkové činnosti, zdůrazňujíc, že se člověk sám nemůže změnit, a že teprve intenzivní emoční setkání- např. s psychoterapeutem – umožní proniknout do nevědomí /str. 152/. Jde tudíž o vznik nových spojení v limbickém systému na základě nové emoční zkušenosti, pokud možno v kombinaci s náhledem, tj. o „propojení kortikální kontroly se subkortikálními limbickými podmíněnými spoji (str. 152-153)“.



Podobně J. Gedo (1999, Chicago, USA) shrnuje, že překonání tendence k opakování maladaptivních vzorců chování se děje pozvolna skrze změnu neuronálních propojení v mozku. Psychoanalýza se nemá zabývat jen obsahy /problémy, významovostmi/, nýbrž i /objektivními/ změnami ve fungování psychiky, což odpovídá novým funkčním arrangementům v mozku .

Na neuronální úrovni jde o souhru mezi aktivujícími a tlumícími spoji, tj. mezi limbickým systémem a strukturami, které jsou lokalizovány okolo něj, zvláště bazálními ganglii a samozřejmě i mozkovou kůrou. Na biochemické úrovni dochází např. k **odblokování** alternativních /dosud vytěsněných/ emočních reakcí skrze neuromodulátor dopamin, jenž je produkován v *substantia nigra*. To **opět kontroluje limbický systém**, zvláště *amygdala* v součinnosti s kůrou mozkovou a *hippocampem*, sídlem dlouhodobé paměti. Podnět k jednání dá pak nárůst potenciálu, jež je výslednicí souhry mezi cortexem, basálními ganglii a thalamem, který aktivuje premotorická a motorická centra mozkové kůry – a teprve poté následuje vědomé rozhodnutí k příslušnému jednání (Libet). Funkce svobodné vůle záleží **v potlačení alternativního/ rušivého jednání** a ve výběru chování, které si předtím člověk senzomotoricky i afektivně přestaví a tím i spojí s vlastní iniciativou a identitou. I to však ovlivňuje náš limbický systém dle dřívějších pozitivních či negativních zkušeností, což ztěžuje učení novému (soc.-politická nemožnost exportu demokracie do zemí s odlišným emocionálním zakořeněním).

Stejně tak důležité je i odblokování, resp. aktivace a **činnost pravé mozkové hemisféry** pro emoční analogové učení během psychoterapie. Důkazem je i fakt její převahy v prvních letech života, tedy během doby nejrychlejšího učení i tvorby základů budoucí osobnosti. Tomu opět odpovídá nutnost vytvoření basálního pozitivního emočního vztahu v psychoterapii, jakož i skutečnost, že nejpůsobivější jsou emoční interakce mezi pacientem a terapeutem popisované jako korektivní emoční zkušenost či jako působnost interpretací „v ohni přenosu a protipřenosu“, jak to zdůrazňoval již Sigmund Freud.

Co dále vyplývá z neurofyziologických výzkumů pro psychoterapii a psychosomatiku ?

Již několikrát jsme narazili na možnost **odblokování a aktivaci ladem ležících možností**. Již citovaný psychoanalytik, jež se zabývá i výzkumy mozkové činnosti, Gedo, uvádí k tématu neuronální plasticity a psychoterapie, že „kortikální reorganisace znamená jednak aktivaci mlčících zón jejich stimulací, jednak rozšiřování stimulovaných zón skrze aktivaci dosud ladem ležících synapsí a tvoření nových synaptických spojení ; v posledních letech bylo zjištěno i tvoření nových mozkových buněk.“ To je v souladu s neurofyziologickým pozorováním v prvních letech života, totiž že **mozkové buňky konkurují o podněty**: ty co se k nim dostanou se rozmnožují a vytvářejí nová spojení, a ty co k nim nezískají přístup se nerozvíjejí, resp. zanikají.

S tím koresponduje jak psychoanalytická vývojová teorie, tak i hlavní téze jednoho z otců psychosomatiky Viktora von Weizsäkera, že psychosomatický příznak či nemoc vzniká na místě nežitého života.

Francouzský filosof a psychoanalytik Lacan, jakož i jeho německý protějšek Lorenzer shodně poukázali na to, že se dostane do vědomí a dále vyvíjí jen to, co matka dítěti zrcadlí, jak na něj reaguje a jak mu zprostředkuje významovost jeho zážitků i světa okolo něj. To ostatní zůstává vězet v nevědomí. A tak druhou stranou této „produkce lidské subjektivity a individuality“ je vznik větší či menší oblasti nevědomí, kam se mohou dostat i impulsy a představy, jež byly výchovou sankcionovány a následkem toho vytěsněny.

**Pro psychoterapeuta to znamená** vnímat nejen to explicitní, symptomové chování, které pacient „nabízí“, nýbrž i druhou, většinou opačnou stránku. Tak např. racionální obsedanti nežijí svou emocionalitu a snaží se tudíž terapeuta vtáhnout do nekonečných diskusí, depresivní pacienti se obávají své agresivity, konstelujíce pouze harmonické vztahy. Tímto směrem se snaží terapeuta zmanipulovat, neboť tendence opakovat důvěrně známé chování bývá silnější nežli opačná, hlouběji uložená potřeba po jeho „kompletizaci“ přijetím a žitím i té opačné, dosud vytěsněné či ladem ležící stránky, kterou ani jasně nevnímají.

A tak podmínkou psychoterapie, která si klade za cíl změnu osobnosti, je hlubší či širší pochopení pacienta jeho terapeutem. Změna porozumění pacientovi /např. následkem supervise/ vede k zaujetí jiného postoje, obrazu o něm a očekávání, na což pacient reaguje, odváží se otevřít to dosud skryté. **Změna se musí tudíž udát napřed v terapeutovi**, a teprve když rozšíří svůj vnímací vnitřní prostor, teprve potom se do něj může pacient vztahovat a vyvíjet. To není lehké, jak již řečeno se pacient snaží terapeuta vtáhnout do svých konfliktů a bludných kruhů maladaptivních řešení – což se označuje jako **přenos** – a terapeut má přirozenou tendenci reagovat komplementárně či konkordantně, tj. nechá se ovlivnit jak ve svém úsudku tak i ve svém chování. To znamená, že se musí otevřít pro alternativní emoční interakci, např. i konstruktivní hádku a ne se s pacientem spojit, třeba i na základě vlastní tendence k pouze kognitivní výměně názorů, event. i z obavy z odmítnutí. Zde by se jednalo o tzv. **společný odpor** proti tématům či způsobům interakce, kterým se obě strany vyhýbají. Avšak právě tomu je třeba dopomoci k vyjádření, a to nejen na emoční, nýbrž i na tělesně výrazové a komunikativní úrovni. Právě takováto interakce bude psychosomatického pacienta senzibilisovat na mluvu jeho těla a vést k porozumění jeho somatickým příznakům.

Vždyť tělo je původně nositelem všech základních lidských impulsů, citových hnutí a motivací a zůstává i nadále spojeno s jejich diferenciací na psychické úrovni. Tělem se dotýkáme, senzomotoricky poznáváme okolní prostředí, tělesně milujeme, tělo je nositelem naší jedinečnosti, našeho narcismu a výkonnosti, ale i našich hranic. **Tělesnění** zrcadlí i naší stabilitu či nemocnost, iritabilitu, připravenost k boji či útěku, ale i relaxaci a spočinutí u sebe, pohyblivost a flexibilitu, náš vývoj, stárnutí, a jeho smrt nás konfrontuje

s konečností našeho života. Naproti tomu je často tělo redukováno na pouhé materiálně, na objekt či nositele výkonnosti nebo atraktivity – a jeho nemocnou část, jež znamená v důsledku toho narcistickou újmu, z něj vydělujeme a delegujeme na terapeuta – čímž ztrácíme důležité spojení s našimi zdravými zdroji. Důležité je tudíž i sebe sama tělesně akceptovat a mít se rád, což bývá u psychosomatických pacientů deficitní, jak to zřetelně vidáme u anorexie, nadměrné obesity, sebepoškozování či deprese .

A tak je-li např. terapeut nehybně upjatý, tak nelze od pacienta očekávat psychosomatickou spontaneitu. I proto je důležitá tělesně orientovaná psychoterapie, která patří ke standartům psychosomatické léčby. Zde lze dodat, že společným rysem duševní, psychosomatické i tělesné nemoci je omezení dosavadního, resp. možného spektra žití. To je třeba rozšířit, aktivovat, vyburcovat a zároveň poukázat na to, jak si pacient sám stojí v cestě. Kromě porozumění a sebereflexe ze strany terapeuta je důležitá jeho **zvědavost a zájem** o pacienta, čímž jej povzbudíme /on se navíc s exploračním postojem terapeuta identifikuje/, jakož i poukaz na **intencionalitu**, tj. adaptivnost a smysluplnost dosud zablokovaného chování, Často je i nezbytnou podmínkou změny vlastní otevření se emoční i kognitivní výměně s pacientem, spíše partnerství nežli trvání na roli experta, který pacientovi něco radí – aniž bychom opustili terapeutické zásady indikované u těch či oněch psychických poruch osobnosti.

Kromě vztahové interakce probíhají mezi pacientem a terapeutem i **identifikační procesy**. Tomu odpovídá neurofyziologický poznatek, že v mozku existují buňky /resp. areály/, které napodobují vnímané. To je opět v souladu se známou psychoterapeutickou moudrostí, že se pacient ve své sebe-exploraci může dostat jen tak daleko, jak rozsáhle sebe sama /introspektivně/ vnímá terapeut, a jaký /jak široký či hluboký/ obraz si udělá o svém pacientovi. Ať to terapeut chce či nikoli, vždy je pro pacienta - byť i negativním – vzorem.

Někteří psychoterapeuti se obávají nové biologizace, resp. spíše **neurologizace** psychoterapie, z které by se mohlo vytratit to navýsost lidské, jako např. problematika víry, naděje, hodnot, smyslu života, věrnosti a lásky – to vše a mnoho jiného se samozřejmě v mozku nenajde. To uznávají i badatelé v oblasti mozkové činnosti, z jejichž manifestu z roku 2005 citují: „Bezpochyby víme dnes o mozku mnohem více než ještě před 10 lety. Co se však děje, když mezi sebou diskutují miliony nervových buněk nám není známo... Dle jakých pravidel pracuje mozek, jak zobrazuje dění ve světě tak, že spojuje dřívější zkušenosti s bezprostředními zážitky; jak se stává jeho činnost naším subjektivním prožíváním a posléze chováním a jak plánuje budoucí akce – tomu všemu ještě ani zdaleka nerozumíme. Ba co víc: není vůbec jasné, jak by to bylo možno dnešními prostředky zkoumat... Lokalizace psychických funkcí v mozku nejsou odpovědí na otázku, jak lze kognitivní výkony vysvětlit neuronálními mechanismy. Jak vzniká vědomí a jáský prožitek, jak je propojeno racionální a emocionální jednání, jak si představit

svobodnou vůli ? Tyto otázky si již dovoluje neuropsychologie klást, avšak zda na ně najde v budoucích 10 letech odpověď je více než nejisté“.

Literatura :

Gedo, JE, Deneke, FW : Psychische Struktur und Gehirn. Stuttgart, New York. Schattauer, 1999.

Poněšický, J.: Neurosy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha, Triton, 2004.

Roth, G.: Aus Sicht des Gehirns. Frankfurt /M., Suhrkamp, 2003.

Předneseno na psychiatrické klinice FVL KU v Praze dne 5.4.2006.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický

## K.Köhle: Komunikace, část II

(2. kapitola z učebnice Uexküll: Psychosomatische Medizin, Urban&Fischer, 6.vydání, 2004) Pro Psych@Som přeložil Mgr.Lubor Špís

### 1.2.2 Sémiotická logika

Ve své „kritické logice“ se *Peirce* zabývá formálními podmínkami pravdy symbolických znaků popř. pravdy informace zprostředkované znaky. „Pravda“ se vztahuje nejprve na korespondenci mezi znakem a jeho objektem. Jelikož je vývoj znaků výsledkem myšlenkových procesů, přesněji **úsudkových procesů**, zabývá se logika pravidly myšlení, speciálně pravidly úsudku.

Usuzování může přispívat k vývoji a rozšiřování znaků popř. znakových systémů a tím ke snížení nejistoty dvěma zásadně rozdílnými způsoby. **Syntetické** nebo-li **amplifikační** usuzování **zvětšuje informaci** ve znakovém systému (**logika zjišťování**). **Analytické** nebo-li **explikativní** usuzování **vysvětluje spojení** mezi již zjištěnou informací (**logika zdůvodňování**). Dedukce je hlavní způsob této formy usuzování. Formy synteticko-amplifikačního usuzování jsou **indukce** a – *Peircem* opětovně objevená – **abdukce** (obrázek 2-8).

Výsledek deduktivní metody vzniká z aplikace pravidla na jednotlivý případ; v případě induktivního postupu se jedná o snahu získat z analýzy jednotlivých případů pravidlo jako výsledek. Výsledkem abdukce je hypotéza pro vysvětlení neočekávaných pozorování nebo skutečností, anomálie nebo běžného poranění.

## Abdukce

*Peirce* popisuje následující vzorec abduktivního usuzování:

1. Premisa: „*Je pozorována překvapivá skutečnost C.*“
2. Premisa: „*Ale pokud by A bylo pravdivé, bylo by C samozřejmá věc.*“

Závěr: „*A proto existuje důvod domnívat, že A je pravdivé.*“

Abdukce je prostředek pro kreativní rozvoj v umění a ve vědě – *Peirce* mluví Schillerovými slovy o hravě meditativním, kreativním uvažování (*musement*) – nebo pro vývoj metod řešení a uvolňování v nouzových situacích. *Peirce* zdůrazňuje, že v obou případech je racionální myšlení do značné míry vyřazeno.

Ve **vědeckém procesu poznávání** slouží abdukce ke generování hypotéz, které pak mohou být cirkulárně pomocí indukce a dedukce ověřovány. Historické příklady ukazují přínos abdukce pro vědecký proces poznávání.

*Nová, odvážná hypotéza eliptických drah planet umožnila Johannu Keplerovi vysvětlit anomálie pozorované Tycho de Brahem – odchylky od doposud předpokládaných oběžných drah. Alfreda Wegenera přivedla překvapivá korespondence tvaru pobřeží západní Afriky a Jižní Ameriky k hypotéze o pohybu kontinentů. Ignazi Semmelweisovi se podařilo po zavržení různých jiných hypotéz vysvětlit rozdílnou četnost omladnicové horečky ve dvou porodnicích: V porodnici s vyšší mírou onemocnění byly ženy často vyšetřovány studenty medicíny, kteří před tím pitvali, aniž by si následně dostatečně dezinfikovali ruce, v druhé porodnici zajišťovali vyšetření žen porodní asistentky.*

Zaměřme se nyní z logického hlediska na situaci **pacienta s vážným onemocněním**. Lékař a pacient stojí opětovně před rozdílnými úkoly.

Od lékaře vyžadují určení diagnózy a navržení terapie analyticko-explikativní myšlení. Pacient, který právě onemocněl, naproti tomu prožívá pozorované změny – své obtíže a symptomy – jako **anomálii**, která ohrožuje koherenci jeho všedních konceptů: Nemoc ohrožuje naši iluzi prakticky neomezeně tvarovatelné budoucnosti, ohrožuje naši idealizaci vyjádřenou ve větě „Můžu znovu a znovu“ (*Husserl* 1928). Jako reakce na toto znejistění se aktivuje abduktivní usuzování. Jeho funkcí je otupit vnímané nebezpečí, **stabilizovat destabilizované prožívání koherence**, působit proti pocitům bezmoci a beznaděje. Abduktivní usuzování je tak podstatnou součástí psychických obranných a potlačovacích procesů (*coping – zvládání náročných situací*).

Sémioticko-logické uvažování může přispět ke klinickému zhodnocení těchto duševních ochranných procesů. Zapírání je tak možné rozumět jako pokusu vyřadit deduktivní usuzování a jím zajišťovaný vztah k realitě, a to za účelem snížení ohrožení v prožívání.

*Tolstoj* popisuje, jak se Ivan Ilič pokouší vyřadit vnucující se deduktivní závěr ohledně ohrožení života podmíněného nemocí tím, že pro svoji vlastní osobu zpochybňuje platnost sylogismu, který „se naučil v logice od Kiesenwettera“:

„Gaius je člověk, všichni lidé jsou smrtelní; a tedy i Gaius je smrtelný, tento sylogismus se mu po celý život zdál pravdivý toliko ve vztahu ke Gaiovi, avšak nikoli ve vztahu k němu. Tamto byl člověk Gaius, člověk jako takový a pro něho byla věta zcela oprávněná; on sám však nebyl ani Gaius, ani člověk jako takový, on byl odjakživa docela a úplně jiná bytost než druzí... Snažil se tuto myšlenku zapudit jako lživou, nesprávnou, chorobnou a její místo zaplnit jinými, správnými, zdravými myšlenkami... A tak na místo této myšlenky přivolával jiné myšlenky – jednu za druhou – a doufal, že v nich najde oporu.“

Také náš pacient s melanomem se snaží zredukovat ohrožení prožívané z důvodu nemoci ve svém těle. Vedle obrany, která onemocnění popírá, rozvíjí ve snu abdukčně alternativní způsob vysvětlení: S představou o ohrožení způsobeným poruchou na vozidle a následnou havárií spojuje více šancí na ovládnutí situace popř. méně bezmoci.

### **Příběh pacienta**

„Seděl jsem v autě a jel jsem po vedlejší silnici. Silnice zatáčela. Chtěl jsem zabrzdit, ale nešlo to, pedál byl tak tuhý, jako by byl přišroubovaný napevno. Jel jsem pak jednoduše dál rovně a ne do zatáčky. Pak jsem se pokoušel brzdový pedál prošlápnout, až úplně dolů. Brzda byla zablokovaná, ale mohl jsem stále ještě řídit. Najednou jsem mohl zablokovanou brzdu prošlápnout až na doraz, bez reakce. Poté jsem spadl s autem do prázdna. Během padání jsem se probudil... Cítil jsem, že jsem nemohl řídit, že jsem nemohl nic dělat... Na rovné části silnice byla svodidla. Čím více jsem se blížil k zatáčce, tím méně tam bylo svodidel.“

Jeho myšlenky vytvářejí souvislost s nemocí. „Kvůli melanomu se cítím velmi bezmocný. Dopravní nehoda je aktuální událost, která pomine. Z toho nic nevyplývá. Ve vztahu k melanomu jsem bezmocný, není to srovnatelné. Jiné situace jsem mohl nějakým způsobem ovládnout. Teď, v téhle souvislosti nevěřím žádné výpovědi...“ „Dříve v armádě jsem měl více dopravních nehod. Docela dobře jsem se s nimi vypořádal. Nikdy jsem u sebe nezaregistroval nějaké obavy, které s tím souvisejí...“

Spojení prožívaného nebezpečí s dopravní nehodou mu umožňuje, aby si vybavil své dřívější zvládnutí dopravních nehod a jejich následky a tím svoji schopnost zvládat situace tohoto druhu. Tímto způsobem může ulehčit svému ohroženému sebevědomí, a to o to víc, že v dopravní nehodě, o níž se mu zdálo, není vadné samo „já“ – které řídí –, nýbrž pouze technika na vozidle.

Jaké požadavky vyplývají z tohoto **interferenčního konceptu** s ohledem na komunikační chování lékařů?

Nejprve musíme uznat, že jakékoli vnímání a tím také přijímání nabízených informací jak z neuro-biologického, tak ze sémiotického hlediska je aktivně uspořádaným procesem se selektujícími a interpretujícími podíly. Pro úspěch tohoto procesu má velký význam pochopení, že pacienti mají schopnost samostatného úsudku (**abdukční schopnost**), a to také nebo právě proto, že se jejich „logika“ liší od „naší vědecko lékařské logiky“. Úkolem lékaře je vnímat tyto specifické rozdíly úsudkových procesů a zohledňovat je při zprostředkovávání informací. Abychom nacházeli přístup k individuálním skutečnostem našich pacientů, měli bychom používat naši vlastní schopnost abdukce ve smyslu meta-schopnosti.

*Zavedení interferenčního konceptu relativizuje tradiční „dekódovací koncept“ v jeho významu pro komunikaci mezi pacientem a lékařem. Často formulovaný požadavek dekódovat pro pacienty výsledky vědeckého poznání, překládat je z jazyka medicíny do jazykového kódu pacienta, obsahuje dva problémy. Tento požadavek předpokládá, že lékař je obeznámen s oběma kódy – situace je obdobná jako u jazyků dvou odlišných kultur. Tato skutečnost podporuje paternalistické nedorozumění vyššího druhu: „Vševědoucí“ lékař zná jazykový kód pacienta; z tohoto důvodu může postupovat dále direktivním způsobem. Používá-li lékař naproti tomu interferenční koncept, musí se snažit o to, aby pochopil způsoby, jimiž pacient samostatně chápe svoji situaci.*

Možná si kladete otázku, jak se nám může vůbec podařit zprostředkovat odborné informace, pokud pacienti vytvářejí svoji skutečnost natolik odlišnými logickými prostředky? Tuto otázku může zodpovědět sémiotická rétorika a její zákonitosti.

### 1.2.3 Sémiotická rétorika

Sémiotická rétorika zkoumá formální podmínky komunikace zprostředkovávající významy. Ve středu jejích výzkumů stojí funkce znaku jako interpretanta.

„...obrací se na někoho, to znamená, vytváří v mysli této osoby odpovídající znak nebo možná rozvinutější znak. Tento **znak, který vytváří v mysli odpovídající nebo možná rozvinutější znak**, označuji jako **interpretanta znaku prvního**.“

Pojmem „**interpretant**“ označuje *Peirce* **účinek znaku**, tedy efekt, který znak vyvolá v příjemci, tedy v „v mysli interpreta“. Přitom je interpretant samotný rovněž znakem, který odpovídá znaku předcházejícímu nebo je ve vztahu k němu „možná rozvinutější“. Sémiotický proces je tedy možné chápat jako „řetězec sukcesivních interpretantů *ad infinitum*“.

### Klasifikace interpretantů

Z *Peircovy* kategorizace celkem devíti interpretantů má pro naše účely největší význam „dynamický interpretant“.

Pojmem „**dynamický interpretant**“ označuje *Peirce* **aktuální, konkrétní účinek** znaku v kognitivních a komunikačních procesech. Od dynamického interpretanta odlišuje *Peirce* „bezprostředního interpretanta“, který má pouze potenciál k interpretaci, a dále „finálního interpretanta“, který stojí na utopickém konci evolučního snažení o interpretační konsens v diskursivním společenství (*community of inquiry*).

S **dynamickým interpretantem** se setkáváme ve **třech stádiích působení**. Jako **emocionální interpretant** odpovídá všeobecné aktivaci; jako **energetický interpretant** označuje námahu tělesného nebo mentálního druhu popř. něco, co se staví proti této námaze, jako např. překvapení nebo prožívání šoku. Tak může například vzniknout pocit, že jsme vystaveni síle, vůči níž se jakýkoli boj zdá být jako beznadějný.

„Po přechodné úlevě se bolesti Ivana Iliče opět zhoršily. „Bože můj, Bože můj“, sténal, zase, zase, a nikdy to nepřestane! A náhle se mu nemoc ukázala ve zcela novém světle. „Slepé střevo! Ledvina!“ řekl si. „Nejde ani o slepé střevo, ani o ledvinu, ale o život a... smrt. Ano, byl to život, a teď odchází, odchází, a já ho nemohu zadržet. Ano. Nač si lhát? ... **Mráz ho obešel a dech se mu zastavil. Slyšel jen úder svého srdce.**“

**Logický interpretant** je více než pouze další znak. Další rozvinutí konceptu porozumění umožňuje změnu zvyku kontrolujícího sebe sama (*self-control-habit*), a tím rozšíření prostoru pro vědomé, záměrné učení a jednání.



Doktor říkal: „To a to odkazuje na to, že ve vnitřnostech se děje tohle a tohle; jestliže ovšem vyšetření to a to nepotvrdí, pak u Vás musíme usuzovat na toto a toto. Za předpokladu, že jde o tohle, pak ...atd.“

Pro lékaře je také koncept „Low-risk-Melanom“ logickým interpretantem. Lékař jej získal ze spojení histologických nálezů a klinických studií průběhu a umožňuje mu, aby při svém jednání vycházel ze svých znalostí a zachovával si sebekontrolu: Lékař stanovuje prognózy, odhaduje rizika, hodnotí a rutinně (*habit*) provádí intervenční opatření.

Naproti tomu je formulace „Low-risk-Melanom“ pro pacienta převážně emocionálním interpretantem. Po psychofyzické aktivaci nenásledují žádné možnosti jednání, nýbrž překvapení popř. šok. Pacient se do značné míry cítí být vydán pasivně na pospas své situaci. Jeho neschopnost zlepšit pohled na situaci pomocí abduktivních úsudků ještě zhoršuje nejistotu a bezmocnost.

### **Příběh pacienta**

Pacient vypráví, že zpočátku neměl „žádné potíže“. V rámci preventivní prohlídky upozornil urologa na „skvrnu na pokožce“. Ten neshledal nic neobvyklého, ale doporučil mu, aby si příležitostně zašel ke kožnímu specialistovi, pokud ho skvrnka zneklidňuje.

Tam se v návaznosti na prohlídku dozvěděl, že „tato skvrnka na pokožce vypadá velmi podezřele“. Po 14 dnech mu bylo telefonicky sděleno, že první odhad byl správný, „že se jedná o maligní melanom a že nutné jej vyoperovat“. „Dobrá. Vzal jsem to prostě na vědomí, aniž by mě to porazilo.“

Před termínem operace byl ještě během pohovoru všeobecně informován, „jak se to s melanomy vlastně má“. V rámci toho se také dozvěděl, „že ani v případě minimálního rizika si člověk nemůže být jistý, že se někde něco přece jenom neusadilo; kromě toho mu bylo ale také řečeno – a to jej velmi zasáhlo –, že dokonce i u zcela odstraněných melanomů se mohou ještě po 15 letech objevit metastázy. „Bylo to pro mě – coby lékařského laika – zpočátku zcela nepředstavitelné.“ Odborná literatura však toto riziko potvrzovala. „Myslím, že od toho okamžiku se mi začalo dít něco v hlavě, co nejsem schopen ovládat...“

Teprve v okamžiku, kdy jsem se ho výslovně zeptal na myšlenku na sebevraždu, začal vyprávět o tom, jak byl nucen spoluprožívat, když jeho soused umíral. „...a ten konec, to bys určitě nechtěl zažít. To bylo hnusný. To nejhorší bylo, že člověk byl naprosto bezmocný, že nemohl nic udělat, že musel v principu nechat dít se to, co se dělo.“

„Bídně posel“ ... „Mám v hlavě určitou představu, možná proto, že se obávám podobného vývoje, ... v každém případě jsem se jasně rozhodl: Tohle tedy zažít nechci ...“

Z takto vytvořeného stavu se na jeho straně stává centrální interpretant, který spoluurčuje významnost událostí v jeho prostředí. Špatné zprávy se kupí: Dva měsíce po první konfrontaci s vlastním onemocněním se dovídá, že jeho dlouholetý kamarád leží v posledním tažení na paliativním oddělení – opět následkem metastazujícího melanomu. Vzniká sémiotický okruh posilující sebe sama, který nemůže být nyní přerušen buď vůbec, nebo jenom stěží: „Na příkladu tohoto kamaráda“ – jeho nemoc probíhala více než 12 let – „jsem se znovu a znovu stavěl na nohy. O spaní už nemůže být řeč; cítím se naprosto žalostně, špatně a bídne ... Nejsem schopen překonat vlastní bariéru: ani emocionálně, ani rozumově. Zdá se mi, že jsem zajatcem této situace ... Cítím se tak bezmocně. Úzkost se jednoduše stále zvětšuje, radost z práce se ztrácí, je to opravdu špatné.“

„Je to spojené s určitou melancholií. Říkám si, nech to běžet; nějak už to dopadne. Nejlépe by se to dalo popsat následujícím hodnocením: Můžeš dělat, co chceš; stejně se nedá nic změnit ... Možná se mi nějak zčásti rozložila vnitřní odolnost.“

*Pokračování v příštím čísle*

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu ([WWW.SKTLIB.CZ](http://WWW.SKTLIB.CZ)) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: 84, 41, 42, 83 / 82, 43, 44, 81/ 80, 45, 46, 79/ 78,47,48,77/ 76,49,50,75/ 74,51,52,73/ 72,53,54,71/ 70,55,56,69/ 68,57,58,67/ 66,59,60,65/ 64,61,62,63/ 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](mailto:MENCLOVA@SKTLIB.CZ), bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tištěného čísla je 50 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.**

**TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ  
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som  
Bulletin zájemců o  
psychosomatickou  
problematiku  
v medicíně

Tiskne PPI Liberec  
Jáchymovská 385  
Liberec 10, 46010