

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

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník

IV/2006

ISSN 1214-6102

1.11.2006

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

5

Obsah

Editorial 176

Vladislav Chvála: Postmoderní samoorganizace? 176

Aktuality, Politika, Koncepce 177

Radkin Honzák: Zemřel dobrý člověk 177

Praxe 178

Jan Poněšický: Balintovské skupiny a teorie terapeutické změny. Část I. 178

Z konference 181

David Skorunka: Kvalita rodinných vztahů jako významný faktor rozvoje psychosomatických projevů 181

Původní práce 188

Martin Konečný: Fenomenologický pohled na nemoc 188

Teorie 196

Otmar W. Schonecke, Jörg M. Herrmann: Psychofyziologie, část I 196

PEER-REVIEW BOARD

DOC. PHDR.KAREL BALCAR, PHD.

PHDR. BOHUMILA BAŠTECKÁ

DOC. PHDR. MARCELA BENDOVÁ, PHD.

DOC. MUDR. JIŘÍ BERAN, CSC.

DOC. MUDR. MARTIN BOJAR, CSC.

MUDR. RADKIN HONZÁK, CSC.

PROF. RNDR. STANISLAV KOMÁREK, PHD.

PROF. MUDR. ZDENĚK MAŘATKA, DRCS

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

MUDR. VLADISLAV CHVÁLA

MUDR. RADKIN HONZÁK, CSC.

PHDR. LUDMILA TRAPKOVÁ

MGR. PETR MOOS

MGR. JAN KNOP

MUDR. PHDR. JAN PONĚŠICKÝ, PHD.

DOC. MUDR. JIŘÍ ŠIMEK, CSC.

DOC. MUDR. JIŘÍ BERAN, CSC.

REDAKCE

SKT LIBEREC

JÁCHYMOVSKÁ 385

46010 LIBEREC 10

TEL.: 485151398

E-MAIL: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

Vladislav Chvála: Postmoderní samoorganizace?



Tak máme zase na čas pokoj, říkali jsme si s paní Menclovou, jejíž bedra byla konferencí zatížena nejvíce. Další konference bude až za dva roky, pokud bude důvod udržovat tradici. Ověřili jsme si, že setkání zájemců o psychosomatickou medicínu umíme zorganizovat i bez velkých finančních nákladů, že zájem o tato setkání je, přednášejících je dostatek a jsou ukáznění a konečně účastníci konference jsou pozorní a vděční. I když se organizace 11. celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci formálně ujala psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.Purkyně, otázkou zůstává, kdo jsou vlastně její členové. Na konferenci se k členství hlásilo zhruba 17 lidí ze všech 174 účastníků, tedy asi 10%. Ještě, že jsme rezignovali na plán uspořádat během konference volby výboru sekce. Zájem o novou formu organizace psychosomatiky u nás v nezávislé organizaci, třeba v občanském sdružení, jak navrhuje Radkin Honzák, projevilo adresně 40 lidí, Psych@Som odebírá asi 250 čtenářů. Je to dost na vytvoření něčeho jako Kolegia pro psychosomatiku, které by mohlo pečovat o tuto oblast napříč obory jako je tomu v Německu? Víím, ptám se už poněkolkáté, a stále neznám odpověď. Spíš se mi zdá, že na organizování v klasickém slova smyslu není u nás už nikdo zvědavý. „Ať to někdo udělá, my přijedeme“, je běžnější postoj. Snad je to po prožitých letech povinností, organizací a řádů docela pochopitelná změna. Vzniká možná postmoderní typ samoorganizace, jejímž prototypem je proslulá techno-párty. Pár lidí to dá dohromady, ostatní sledují vše nezávazně z povzdálí a ve vhodný okamžik všichni přijedou. Internet a mobilní sítě k tomu velmi dobře poslouží. Žádná pevná struktura, žádné závazky, stačí, že to funguje. A nejspíš by to i stačilo, kdybychom nechtěli psychosomatiku nebo psychoterapeutickou medicínu prosazovat jako obor, jako síť pracovišť, která budou respektována pojišťovny. Ty by musely s někým jednat. Třeba ale o to ani nejde. Psychosomatickému způsobu myšlení to i tak dobře poslouží, lidé se společnými názory a podobnými zkušenostmi se setkají, podpoří se a i nadále se chovají nezávisle. Snad je to ta nejlepší postmoderní samoorganizace, díky které se mohou myšlenky šířit aniž by kdo musel kvůli nim bojovat o moc. Ale stejně bych uvítal něco jako malý demokraticky zvolený výborek, nebo radu nebo parlamentík, nebo jen technicko-organizační tým, který by měl legitimitu... a věkový průměr nižší než 56 let. No jo, ale to by musel někdo dělat a rozhodovat.

V.Chvála v Liberci 7.11.

AKTUALITY, POLITIKA, KONCEPCE

Radkin Honzák: Zemřel dobrý člověk



Jen několik týdnů před svými devadesátinami zemřel profesor MUDr. Ota Gregor, Dr.Sc., rytíř lékařského stavu, čestný člen mnoha korporací, ale především charakterní muž, empatický doktor a vynikající vědec a teoretik, pro nějž byla psychosomatická medicína naprostou samozřejmostí od samotného začátku jeho praxe.

Měl jsem to štěstí, že mě Ota Gregor vzal pod svá křídla před desítkami let a učil mě, jak vnímat pacienty s psychosomatickými obtížemi. V roce 1982, kdy z oficiálních míst zazníval odsudek psychosomatiky jako „reakční pavědy“ zaštilil zlínský kongres, který byl de facto startérem dalších psychosomatických setkání.

Ota Gregor se nikdy nebál: po obsazení Československa nacisty uprchl velice nebezpečnou cestou až do Anglie, kde po absolvování několika semestrů biochemie nastoupil jako dobrovolník do armády, s níž došel přes celou západní Evropu až do vlasti a zde vystudoval medicínu.

Jak napsal v úvaze o tom, kterak ho sedmičky provázely životem, v roce 1970 (tři roky poté, co byl jmenován řádným profesorem), „jsem poslal přípis na různé instituce, ve kterém jsem vyjádřil svůj protest a osobní nesouhlas se vstupem zahraničních vojsk do Československa. V témže roce jsem byl zbaven místa proděkana lékařské fakulty... V roce 1977 jsem byl zbaven místa vedoucího kliniky nemocnice Pod Petřínem.“

Ota Gregor však nebyl mužem rezignace a tak začal působit na středisku v Roztokách u Prahy. V destrukci totality pokračoval i jako redaktor v nakladatelství Avicenum, kam protlačil řadu titulů tenkrát zakázaných autorů (mezi jinými i můj).

Po roce 1989 pokračoval v klinické práci a věnoval se i výuce, jak postgraduální, ale především pregraduální na 1. LF UK v Praze. Medici oceňovali jeho zralý, lidský a současně humorný přístup, když v holmesovské čepici s lupou s nimi „hledal diagnózu“. V Popperově „třetím světě“ nám Ota Gregor zanechal bohatý odkaz, zejména ve dvou koncizních publikacích: STÁRNOUT, TO JE KUMŠT a ŽÍT SE STRESEM, TO JE KUMŠT.

Milý Oto, připíjeli jsme si dlouhá léta na život, připijme si nyní na život věčný, protože věřím, že i v údolí stínů budeš pro mne světlem.

17.10.06

Radkin Honzák

PRAXE

Jan Poněšický: Balintovské skupiny a teorie terapeutické změny. Část I.



Poznámka editora: Požádali jsme jednoho z nejzkušenějších lékařů- terapeutů, MUDr.PhDr. Jana Poněšického o seriál pro náš časopis, ve kterém by ukazoval stručnou formou klinické případy. Protože pracuje také jako vedoucí balintovských skupin, nabídl nám svůj pohled na terapii z tohoto úhlu pohledu. Dnes přinášíme první díl seriálu. Začínáme trochou teorie (jde o zkrácený text původní práce autora, který vyšel v časopise Balint-journal 3/2006), i když jinak celý seriál bude zařazen do rubriky PRAXE.

V průběhu skupinové Balintovské diskuse jde o to, objevit, co se skutečně odehrává mezi terapeutem a pacientem - na rozdíl od toho, jak to vnímá a prezentuje terapeut – aby oba neopakovali staré (a obapolné!) vzorce chování a tím je dokonce neposilovali. Pakliže chápeme obecně psychoterapii jako proces učení a změny, pak právě učení v aktuální situaci „zde a nyní“ má daleko silnější, mutativnější účinek, nežli hovor o situaci „tam a tehdy“. Pokusím se to demonstrovat na průběhu jedné Balintovské skupiny.

Mladá KBT psychoterapeutka představila sedmačtyřicetiletého hospodářského kontrolora trpícího vegetativními a střevními obtížemi a depresemi. Šlo o velmi svědomitého pracovníka, práce je mu nade vše, je tam často přes čas, a přesto se obává, že by jej mohl jeho nadřízený kdykoli propustit, aktuálně i z toho důvodu, že je již několik měsíců v pracovní neschopnosti. Zároveň se nechce nikde jinde ucházet o místo, neboť se domnívá, že to nemůže svému šéfovi udělat, cítí se být nepostradatelný.

Pacient je svobodný, žije se svou matkou, jeho přísný otec je již mrtev. Nemá žádné přátele, vlastní dům, na kterém lpí, a obává se, že by jej musel v případě nezaměstnanosti prodat, což je pro něj nepředstavitelně úzkostná představa.

Terapeutka si stěžovala, že léčba stagnuje, nebyla schopna s pacientem vypracovat žádné cíle, připadala si bezmocná, neboť její pacient odmítal všechny její návrhy jako v praxi nerealizovatelné. Přitom se snažila aplikovat vyzkoušenou kognitivně-behaviorální techniku, která je účinná právě u takovýchto nutkavě-obsedantních osobností. Terapeutka se cítila i tělesně nepříjemně, bez spontaneity, líčila vše bez emocí. Tím víc cítili účastníci diskuse napětí až zlost, jež se místy vybilá do osvobozujícího smíchu, když se

např. hovořilo o tom, zda se jedná o panice. *(rozuměj: zda je pacient panic-nezbytná poznámka vydavatele)*

Takto se zrcadlily potlačené emoce obou aktérů v prožívání skupiny. Její členové postupně vytvořili fantasii, ve které se terapeutka bezmocně plácá ve vodě, pacient stojí na břehu a rozhoduje o tom, co se bude dít. Jeden kolega vyvinul spíše opačnou představu: pacient se nechává ve vodě houpat jako boje, která je zároveň upevněná ke dnu.

V následující diskusi docházela většina účastníků k závěru, že pacient blokuje jak své vlastní city, tak i emoční spontaneitu terapeutky, oba znehybňuje a zároveň jako kojeneček očekává, že pro něj a za něj udělá vše jeho terapeutka – a on to milostivě přijme či odmítne.

Referentka na to odpověděla, že stále ještě neví, co by mohla či měla dělat a uvažovala o tom, zda by se měla chovat k pacientovi konsekventněji a rozhodněji. Ostatní proti tomu namítli, že by tím mohl vzniknout mocenský boj o to, kdo bude mít kontrolu nad tím, co se odehrává či má dít v terapii. Spíše jde o to, rozumět tomu, co se odehrává ve vzájemné interakci a čemu se obě strany vyhýbají. Na to odpověděla terapeutka, že se obává přímo tematizovat aktuální interpersonální situaci včetně jejího prožívání. Na otázku, z čeho má strach, odpověděla, že to přesně nemůže říci, snad jen to, že si není jistá, jak by na to pacient reagoval.

V další diskusi se ukázalo, že právě tento strach má i její pacient, totiž z nejistoty a ztráty kontroly v situacích, které nelze přesně předpovídat, strach z vlastních i cizích emočních nekontrolovatelných reakcí, tedy i z citových mezilidských vztahů. Avšak právě to mu chybí, což se snaží kompenzovat racionalitou a výkonností.

Tato krátká kasuistika demonstruje to, co se odehrává v každém terapeutickém vztahu: Oba partneri usilují o selekci /zde hlavně zábranu/ určitého chování, cítění i myšlení u druhého, aby tím prosadili vlastní zaběhanou interakční i životní koncepci. V tomto většinou podprahovém klání se postupně vytváří jakýsi kompromis, příměří, dohoda na nejmenším společném jmenovateli – v našem případě na vyhnutí se přílišné emoční blízkosti ve prospěch racionální neosobní diskuse /paralelně oba vynechali ve vzájemných rozhovorech téma sexuality, vztahu k matce a k ženám vůbec./

Balintovská skupina má tudíž zodpovědět otázku, co se skutečně v terapii odehrává a co nikoli – resp. zda a jak terapeut na obé reaguje. Na jedné straně např. selektivně-autenticky na tzv. neurotickou nabídku /zde: jeho kompenzaci/ proto, aby se pacient dozvěděl, jak na ostatní působí a co v nich vyvolává – v našem případě emoční blokádu a nehybnost – ač se sám domníval, že jeho korektní chování nemůže nikomu vadit. Již to ho může motivovat k práci na změně směrem k větší autenticitě. Na druhé straně – a to je snad ještě důležitější – je nezbytné se otevřít tomu, co je spojeno s úzkostí, co je potlačené, co leží tak říkajíc ladem. To znamená se oprostít od výše zmíněné manipulace pacientem i od vlastních zábran – v našem případě se chovat živěji, emocionálněji a osobněji – i tak lze rozumět zásadě, že se

pacient může dostat jen tak daleko, jak daleko je v tom kterém směru jeho terapeut. Změna se tedy musí udát napřed u terapeuta, který v sobě otevře prostor k tomu, aby se do něj mohl pacient vztáhnout. Nová představa /obraz/ o emočně-interpersonální situaci pacienta v hlavě terapeuta způsobí, že se k němu začne pacient jinak - komplementárně - chovat, k čemuž přistoupí i učení na základě identifikace s terapeutem. Nová „nabídka“ ze strany terapeuta se dotkne a aktivuje to ladem ležící u pacienta / což do jisté míry potvrzují i nové výzkumy mozku nálezem tzv. zrcadlových neuronů/. Měl by cíleně reagovat na to, na co ve vývoji pacienta jeho okolí nereagovalo – či reagovalo záporně.

Objevení toho schovaného, spojeného s pocity úzkosti, studu či viny, je důležitým úkolem Balintovské práce. Terapeut by si měl uvědomit, jak je do vztahu s pacientem osobně involvován, že nelze svalovat vinu za zádrhly v terapii na pacienta, nýbrž že se jedná o vzájemně trnitou cestu k autentické komunikaci. Když pacient cítí, že se terapeut stylizuje pouze do role experta, může klást i z tohoto důvodu odpor k odkrývající psychoterapii, resp. ke změně vůbec, a to zcela oprávněný.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický

Z KONFERENCE

David Skorunka: Kvalita rodinných vztahů jako významný faktor rozvoje psychosomatických projevů

Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze



Vážené publikum, dámy a pánové, milí přátelé,

dovolte mi abych využil svých dvacet minut k prezentaci, jejíž obsah by měl být alespoň částečně v souladu s hlavním tématem letošní, již 11. psychosomatické konference. Zaměřím se volně na význam emocí a kvalitu vztahů v rodině v souvislosti s rozvojem takzvaných psychosomatických projevů.

Než se pustím do těchto komplexních jevů, musím se vrátit ke své rodině. Nebojte se, nehodlám si Vás získat dramatickými příběhy ze svého trudného dětství. Ale emoční zážitky a zkušenosti z vlastní rodiny bývají jednou z motivací k tomu, že se člověk v sebevražedném úmyslu vrhne na koleje dráhy pomáhající profese. Při retrospektivním pohledu do vlastního dětství a dospívání mohu jednoduše konstatovat, že vnímání emoční atmosféry a vztahu s rodiči později přispělo, samozřejmě nevědomě, k volbě mé perspektivní profese. Živě si vzpomínám na dobu, kdy mi bylo 16 let. Seděli jsme tehdy během letní dovolené u oběda společně s otcovým známým, jeho manželkou a dvěma dětmi. Jistě si dovedete představit, jak někteří dospívající takové situace milují. Během hovoru padla i otázka, co bych chtěl jednou dělat. „Budu dětským psychiatrem“, odpověděl jsem suverénně. „No to je skvělé, to se bude hodit až budeme potřebovat poradit tady s naším nevladatelným Vítkem“, reagoval s úsměvem otcův známý. Evidentně bral mou představu o budoucnosti se značnou rezervou. Ale já se nenechal odbýt: „Jenže dětský psychiatr léčí především rodiče“, odušil jsem jízlivě s vědomím, že mé sdělení není primárně určeno rodičům Vítky.

Každé setkání s rodinou může být příležitostí k tomu, abychom si jako terapeuti připomněli podobné ale i jiné zážitky z vlastní rodiny. Emoce, které během terapeutického sezení obrazně řečeno proudí mezi zúčastněnými, evokují pocity, které jsme možná sami prožívali. Staré příběhy, o nichž jsme si mysleli, že už jsou uzavřené, vyřešené nebo zapomenuté, se znovu otvírají a s nimi směs různých, někdy protichůdných jindy nepříjemných pocitů. Probouzející se emočně zabarvené vzpomínky nám mohou posloužit jako

orientační bod. Ale také nás mohou přemoci, zatemnit náš zrak i racionální uvažování. Emoce mají takovou moc. Možná právě proto v západní kultuře považujeme emoce za nebezpečné. Chceme je *kontrolovat, potlačit, zapudit*. K tomu dobře slouží i stále dokonalejší farmakologické prostředky. Díky nim můžeme některé emoce alespoň dočasně odstranit z našeho prožitkového repertoáru. Někteří dokonce mluví o stále dokonalejší amputaci pocitů. Samozřejmě těch nežádoucích. Může mít takový postup také nějaké nežádoucí důsledky? Nehrozí nám, že podlehneme iluzi odstranění pocitů a ty se později objeví v pokřivené nebo destruktivní podobě? Mohou se vyplnit úvahy o potřebě vnějšího nepřítele, kterému přisoudíme vše nežádoucí, náš vlastní a odmítaný Stín, který jsme zdánlivě úspěšně amputovali? Není současná atmosféra boje proti terorismu další z podob takového sebeklamu? Odpovědi na tyto sugestivní otázky nechám na pozdější diskusi a vrátím se k hlavnímu tématu svého sdělení.

Jeden z důležitých aspektů zdravého rodinného fungování je také vyjadřování pocitů v rodině a upozorňování na prožitky nepohody. Rodiny se liší nejenom v tom, jak jsou členové rodiny zvyklí různé pocity vyjadřovat, ale také jak se o pocitech v rodině hovoří. Podle některých terapeutů je pravidlem, že v každé rodině bývá některá z emocí zapovězená nebo alespoň méně vítaná (Skynner, Cleese, 1996). Například někde se nesluší dávat najevo pocity zlosti a vzteku. V jiných rodinách jsou na černé listině stížnosti a nespokojenost, v některých rodinách je nežádoucí pláč. Zpravidla se takový postoj k různým emocím vyvíjí tam, kde ani rodiče z nějakých důvodů nedokáží o svých pocitech mluvit. Jakoby samotné uvědomění si svých pocitů, natož jejich vyjádření, bylo ohrožující. Jde o pocity, které jsou spojené s nějakými významnými zážitky, více či méně traumatizujícími. Pokud rodiče své emoce snadno nevyjadřují, nebo o nich nehovoří, pak je nevyjadřují a nehovoří o nich ani děti (Gjuričová, Kubička, 2004). Odezva rodičů na vyjadřované pocity dítětem či dospívajícím následně formuje i tzv. meta-rovinu prožitku, tedy pocity dítěte o pocitech, schopnost otevřeného vyjadřování pocitů, autocenzuru vyjadřování vlastních prožitků apod. Samozřejmě emoce nejsou izolované elementy, jsou součástí interakcí, vztahových vzorců a projevů chování, které se vyvíjejí v čase a mohou být předávány z generace na generaci. Vzpomínám si na jedno sezení s rodinou, která dlouho zápasila s anorexií dospívající dcery. Během třetího sezení si matka povzddechla, že vůbec neví, jak se má ke své dceři chovat. Obě dvě, matka i dcera se shodli v tom, že k sobě nějak nemůžou najít cestu. Dcera si stěžovala, že ze strany matky postrádá nějaký projev citu, matka se svěřila s nejistotou týkající se projevů emocí. Když jsem se zeptal, zdali si vzpomíná na dobu vlastního dospívání a vztah k rodičům, zarazila se. Po chvíli přemýšlení sdělila, že její vztah s matkou také nebyl příliš vřelý, zvláště v období dospívání. Matka jí měla za svobodna, vztah partnerů prý nebyl příliš harmonický. Kdoví, co všechno v současnosti prožívala, když viděla, jak se jí dcera podobá a mění se v mladou ženu. Vzpomínání rázem proměnilo atmosféru sezení, jídlo přestalo být hlavním tématem. Dcera byla překvapená, když slyšela, že matčina zkušenost je podobná té její. Před

koncem sezení seděli blízko sebe a drželi se za ruku, najedno bylo emocí ve vzduchu až moc.

Podle současných výzkumů v oblasti vývojové psychologie a teorie vztahové vazby je schopnost otevřeně vyjadřovat a komunikovat o pozitivních i negativních pocitech základem tzv. bezpečné vztahové vazby (*secure attachment*). Bezpečná vztahová vazba vzniká v takovém rodinném kontextu, v němž je možné povzbuzování ke komunikaci o pozitivních i negativních událostech a kde rodiče podporují dítě v tom, aby vyjádřilo, co chce, co potřebuje a co prožívá, tedy svoje emoce (Dallos, 2006). Dítě se také potřebuje naučit jasně a otevřeně vyjádřit, co cítí k rodičům, aby bylo schopné se naučit své emoce zvládat /ovládat /kontrolovat. Mikulincer a Shaver popisují proces, v němž se dítě vyvíjí směrem od společného zvládnání pocitů s rodiči k postupné samostatnosti v regulaci svých emocí. Popisují tři vzájemně propojené procesy, kterými k tomu dochází. Pokud se tento proces z různých důvodů nedaří, dítě zažívá jak frustraci z nenaplněných vztahových potřeb tak trápení z důvodu vlastního selhání v dosažení blízkosti s rodičovskou postavou (Mikulincer, Shaver, 2002). To nemusí platit jen v případě dítěte, ale i dospívajícího. Také dospívající jedinec má emoční potřeby ve vztazích s rodiči, byť je může dávat najevo jinak, někdy méně srozumitelněji než dítě. Pro rodiče tak bývá někdy těžké se v protichůdných postojích a emocích dospívajícího vyznat. Dospívající stejně jako dítě špatně snáší konfliktní atmosféru v rodině, ať už je jasně vyjádřená a provázená bouřlivými projevy emocí anebo je spíše pod povrchem a zratelná pouze nepřímou. Proces dospívání a s ním spojená postupná identifikace se světem matky a otce může být rodinným konfliktem narušená. Upozornit na obtíže v tomto procesu mohou až psychické nebo tělesné potíže.

S emocemi v rodině souvisí podle výzkumů i podle klinické zkušenosti somatizace u dítěte a dospívajícího. Během své praxe si všímám opakovaně toho, co vidí i jiní terapeuti. Jde o výskyt různých aspektů rodinného fungování a způsobů komunikace v souvislosti s fenoménem somatizace, včetně vyjadřování pocitů v rodině a upozorňování na prožitky nepohody. V rodinách, kde z nějakého důvodu neprobíhá vyjadřování a pojmenovávání pocitů snadno, nebývá často adekvátní odezva rodičů na projevy emoční nepohody dítěte. Dítě si v takových rodinách získá pozornost pouze v případě stížností na tělesné potíže. Postupně se tělesné příznaky stanou jazykem pro vyjádření různých pocitů, potřeb a zkušeností (McDaniel, 1999). Podlé mého názoru bývají projevy somatizace nebo tzv. psychosomatické potíže, ale i mnohé psychické potíže diagnostikovatelné v rámci psychiatrické klasifikace signálem nenaplněných emočních potřeb ve vztahu s důležitou osobou. Podobný názor na problematiku duševního zdraví zastávali dávno přede mnou například Harry Stack Sullivan, Virginie Satirová nebo John Bowlby. Ale my nemusíme chodit tak daleko do historie.

Současní odborníci na problematiku tzv. vztahové vazby (*attachment*) se domnívají, že u rodin s projevy somatizace lze popsat specifické interakční vzorce, jež jsou nápadné právě absencí schopnosti vyjádřit pocity. Rodiny se

somatizací jsou charakteristické zvýšenou úzkostí v otázkách zdraví a emočním odstupem mezi jednotlivými členy (Macfie et al, 2005). Přibývá poznatků, že formy vztahové vazby nebo interakční vzorce společně se zpracováváním a vyjadřováním emocí v rodině jsou předávány napříč generacemi. To samé platí i v případě projevů somatizace, které obvykle přetrvávají z dětství do dospělosti a přenášejí se do dalších generací (Craig et al, 2002, 2004). Zdá se, že není pochyb o souvislosti mezi fenoménem somatizace a uvedenými faktory v rodině. Jedna z posledních studií zaměřených na vyjadřování emočních potřeb a poskytování péče v interakci mezi matkou a dítětem (Bialas, Craig, 2006) přináší další poznatky o možných způsobech přenosu somatizačních projevů napříč generacemi. Dílčím výsledkem této studie je potvrzení již popsaného fenoménu, kdy matky mající somatoformní potíže častěji považují své dítě za nemocné, častěji s ním navštěvují lékaře a častěji reagují na ty projevy dítěte, které se týkají zdraví nebo pocitu bezpečí. Zároveň mají méně rozvinutou vnímavost k jiným potřebám vyjadřovaných dítětem a často je kromě somatoformních potíží trápí i úzkosti či deprese (Bialas, Craig, 2006; Whaley et al, 1999). Podle současných psychosomatických modelů, na které upozorňují uvedení autoři, je selhávání vzájemně propojených emočních a fyziologických sebe-regulačních procesů v průběhu života relativně stálé a významně souvisí s počátky vytváření vztahových vazeb v rodině, zejména mezi matkou a dítětem (Schore, 2003, Taylor, 2000).

Význam přisuzovaný vztahu mezi matkou a dítětem může vzhledem k dobře známým obviňujícím výkladům v minulosti stále vyvolávat smíšené pocity. Vztahové vazby v rodině jsou mnohem složitější, v mnoha případech nejde o pouhou dyadickou interakci matka-dítě. Uvedení autoři také nijak nezmiňují otce, další členy širší rodiny ani vliv kvality partnerského vztahu na rodičovský a následně i na zdraví a projevy somatizace v rodině. Nicméně o roli otce a rozdílech v kvalitě vztahové vazby existují zajímavé výzkumy. Vyjadřují-li otcové více pozitivních emocí k dítěti, vnímají-li svou otcovskou roli kladně a je-li pro ně prioritou společně strávený čas s vlastním dítětem, dítě mnohem více zažívá pocit bezpečí a následně vnímá i další vztahy (Howes, 1999). Podle některých longitudinálních studií jsou i rozdíly v tom ve vztahové vazbě mezi dítětem a oběma rodiči. Vztah mezi matkou a dítětem přispívá k rozvoji emocionálního světa dítěte, k rozvoji zvládacích strategií a ke schopnosti vnímat a porozumět pocitům druhých. Vztah mezi otcem a dítětem přispívá k rozvíjení kontaktu s vnějším světem a k začlenění do skupiny vrstevníků a rozvíjení vrstevnických vztahů (Steele, 2002).

Možná si říkáte, proč zmiňuji cizí jména, když na téma emočního pole rodiny a transgeneračního přenosu nejen emocí, ale i interakcí a dalších psychosomatických fenoménů u nás v Čechách publikují naši odborníci, např. Chvála a Trapková. Na jejich originálním modelu je zajímavá podobnost s jinými koncepty, které vznikaly v jiné době, jiných zemích, jiném společenském kontextu. Jedná se zejména o koncept emočního rodinného systému klasika rodinné terapie Murray Bowena (1996) a současný vývoj

v teorii vztahové vazby (*attachment theory*). Některé závěry Trapkové a Chvály podrobně zpracované v jejich knize (2004) se ctí obstojí i ve světle některých současných výzkumů právě v této oblasti. Jiné jejich myšlenky jsou blízké integrativním snahám některých zahraničních terapeutů, kteří se pokoušejí o „sblížení“ systemických, narativních a dynamických směrů (Dallos, 2006). Byť se koncept sociální dělohy od Bowenova konceptu a teorie vztahové vazby liší v jednotlivostech a v jazyce, v něčem se tyto koncepty shodují. Při důkladném a kritickém studiu nemůžeme odlišnosti přehlédnout, ale ve světle současných integrativních snah je hledání a nalézání podobností důležité. Tím společným tématem je dle mého názoru význam sdíleného citového života, náklonnosti, oddanosti a emoční opory v rámci blízkých vztahů a rodinných vztahů především. Zmíněné modely a teorie se také víceméně shodují v tom, co je nezbytné pro vývoj jak v individuální tak transgenerační perspektivě. Podobné jsou i předpoklady týkající se transgeneračního přenosu vzorců chování, vztahové vazby a vlivu těchto procesů na naše zdraví.

Emoční dění v rodině, emoční pole, rodinný emoční systém, emoční potřeby, vztahová vazba a kvalita mezilidských vztahů. Tolik termínů, tolik různých pohledů na věc. Napadá mě, že máme k dispozici ještě jedno slovo. Je to slovo láska, pocházející spíše z uměleckých luhů a hájů, slovo ve vědeckém světě nepříliš populární. Však také o definici a podobách lásky bychom mohli diskutovat až do další psychosomatické konference. Přesto bych rád zmínil některé poznatky, které se k fenoménu lásky vztahují. Jedná se o názory různých psychoterapeutů a výzkumníků z oblasti prožitkově zaměřené terapie, ale dokonce už i narativní a systemické terapie. Dnes již je zřejmé, že zásadním faktorem změny v terapii je změna v emoční rovině a to nejen u jedince, ale především v rodinném systému. Nejedna studie zaměřená na psychoterapeutický proces terapie ukázala, že okamžiky transformace (*transformation events/points*) byly charakteristické posunem v emočním prožívání. „Ve všech okamžicích v terapii, které předznamenaly terapeutickou změnu, došlo k výraznému posunu od původně obviňujícího postoje k dítěti/dospívajícímu k více podpůrné a pečující pozici (*nurturant, supportive*)...V každém úspěšném sezení byl posun k naději spojen s vyjádřením lásky a náklonnosti (*commitment*).“ (Coulehan et al., 1998).

Je skoro zarážející, že rozdílné koncepty popisující vztahy mezi emoční atmosférou v rodině, zdravím a projevy nemocí nejsou vždy samozřejmou součástí vzdělávání budoucích lékařů. Důvodem není jen převládající biomedicínský model, ale také kontroverze, která provází psychosociální výklady zaměřené na vztahy v rodině a projevy nemoci. V současné psychiatrii je spojování vzniku duševního onemocnění se situací v rodině, s rodinnými interakcemi atd. považováno za nepodložené až nepřijatelné. Nejde o české specifikum, na tento postoj upozorňují i někteří zahraniční odborníci z oblasti duševního zdraví. Důvodem je mimo jiné obava z obviňování rodičů za projevy, které mají dle současných preferovaných poznatků biologickou podstatu. Obviňováním kohokoli za vznik onemocnění rozhodně není na místě. Není ani základem pro jakoukoli úspěšnou terapii. Ale opomíjením

důležitých souvislostí, strach z vlastních chyb a neochota pohlédnout na problémy v širší, nezjednodušené perspektivě naše tápání nevyřeší. Bez komplexního pohledu na věc není možné ani porozumění. Je možné, jak v jednom rozhovoru naznačil V. Chvála, že vědecká komunita nechce opakovat některé z chyb, kterých se dopustila v historii (katastrofální důsledky působení mnoha vědců v totalitních režimech ve 20. století). Každopádně odborníci z různých disciplín i míst světa se shodují v tom, že úporné lpění na biologickém vysvětlení složitých fenoménů lidského života spíše brání opravdovému poznání. Strach z obviňování blízkých za duševní problémy některého člena rodiny je jednou ze zásadních překážek v poznávání a respektování důležitých souvislostí psychosociálních, které by bylo možné využít v prevenci / péči / léčbě v oblasti duševního zdraví (Bentall, 2005). Biologický model převládající v psychiatrii a udržovaný propojením psychiatrie s farmaceutickým průmyslem znemožňuje věnovat adekvátní pozornost a výzkum psychosociálním stresorům (Mosher, Read, Bentall, 2004). Nemluvě o nepoměru v investicích na farmakologické a psychosociální formy intervence v oblasti duševního zdraví.

Podle psychobiologů Michel a Moorové použití metafory nemoci ke studiu obtížných psychologických fenomenů může objevení a aplikaci metod dokonce spíše oddálit než urychlit. Objev, že některé projevy chování jsou dědičné či korelují s aktivitou určitých oblastí mozku, nebo že závisejí na přítomnosti určité látky v těle, často ukončí veškeré psychologické zkoumání v daném směru (Michel, Moore, 1995).

Osobně se domnívám, že pokud současné psychosomatické perspektivy nebudou považovány za legitimní poznatky o člověku ve zdraví a nemoci nejen v psychiatrii, ale v medicíně vůbec, tak se ničeho zásadního v prevenci a léčbě nedočkáme, tedy kromě nekonečného hledání stále dokonalejších a modernějších farmak či jiných biologických intervencí v rámci dominující metafory nemoci s jednoznačně biologickou příčinou a stále nákladnější léčbou. Letošní psychosomatická konference naštěstí přináší naději, že by tomu mohlo být jinak.

Předneseno na 11. celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci Emoce a nemoc v září 2006

Literatura:

Bentall, R.: *Madness Explained*. Penguin Books, 2003, ISBN 0-140-27540-1

Bialas, I., Craig, J.K.T.: „Need expressed“ and offers of care“; an observational study of mothers with somatisation disorder and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, Vol.47, 10

Bowen, M., Kerr, M.: *Family Evaluation*. New York: W.W.Norton & Co, 1988, ISBN 0-393-70056-9

Coulehan, R., Friedlander, M.L., Heatherington, L.: Transforming narratives; a change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 1998, 37:17-33

Craig, T.K.J., Cox, A.D., Klein, K.: Intergenerational transmission of somatisation behaviour: A study of chronic somatisers and their children. *Psychological Medicine*, 2002, 32, 805-816

Craig, T.K.J., Bialas, I., Hodson, S., Cox, A.: Intergenerational transmission of somatisation behaviour: 2.Observations of joint attention and bid for attention. *Psychological Medicine*, 2004, 34, 199-209

- Dallos, R.: *Attachment Narrative Therapy*, Open University Press, 2006, ISBN0-335-21417-7
- Howes, C.: Attachment relationships in the context of multiple caregivers, IN J.Cassidy, P.R. Shaver (eds) *Handbook of Attachment*. New York, Guilford Press, 1999
- Gjuričová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie; systemické a narativní přístupy*. Grada, 2003, ISBN 80-247-0415-3
- Macfie, J., McElwain, N.L., Hants, R.M., Cox, M.J.: Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: Dyadic and family systems internal working models. *Attachment and Human Development*, 2005, 7, 51-66
- Mc Daniel, S., Hepworth, J., Doherty, W.J.: Medical family therapy with somaticizing patients. *Family Process*, 1999, 34, 3, 349-363
- Michel, G.F., Moore, C.L.: *Psychobiologie; biologické základy vývoje chování*. Portál Praha, 1995, ISBN 80-7178-116-9, str.57-62
- Mosher, L., Read, J., Bentall, R.: *Models of Madness*. Brunner-Routledge, 2004, ISBN 1-58391-906-6
- Shaver, P.R., Miculincer, M.: Attachment related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 2002, 4: 133-161
- Skynner, R., Cleese, J.: *Rodina a jak v ní zůstat naživu*. Portál, ISBN80-7178-281-5
- Schore, A.: *Affect dysregulation and disorders of the self*. London: W.W. Norton & Co, 2003
- Steele, H.: State of the art: Attachment. *The Psychologist*, 2002, Vol.15, No.10., 518-522
- Taylor, S. & Garraida, E. : The management of somatoform disorder in childhood. *Current Opinion in Psychiatry*, 2003, 16, 227-231
- Trapková L, Chvála, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál, 2004, str.94 ISBN 80-7178-88
- Whaley, S., Pinto, A., Sigman, M.: Characteristic interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836

Kontakt na autora:

MUDr. David Skorunka

skor@lfhk.cuni.cz

www.lfhk.cuni.cz

www.pro-story.net

PŮVODNÍ PRÁCE

Martin Konečný: Fenomenologický pohled na nemoc

Případ pacientky s posttraumatickou stresovou poruchou, esenciální trombocytémií a chronickou cefaleou



PHENOMENOLOGICAL VIEW OF DISEASE

Konecny M.: Case of Female Patient with Posttraumatic Stress Disorder, Essential Thrombocythemia and Chronic Headache

Psychiatrická, psychoterapeutická a psychosomatická ambulance, Gyncare s.r.o., Praha 1, Sněmovní 11;

Ústav hematologie a krevní transfúze Praha; přednosta Doc. MUDr. P. Cetkovský, PhD.

e-mail: mudr.m.konecny@seznam.cz

<http://www.gyncare.cz>

Autor je atestovaný psychiatr a absolvent pětiletého výcviku Gestalt terapie v Institutu Dialog a čtyřletého výcviku rodinné terapie psychosomatických poruch v Pražském psychoterapeutickém institutu.

SOUHRN

V historickém úvodu autor demonstruje na postavě německého internisty a psychoanalytika Viktora von Weizsäckera posun od metapsychologického výkladu nemoci k fenomenologickému pojetí. V následující kasuistice srovnává různé pohledy na nemoc na případu pacientky s chronickými bolestmi hlavy, u níž byla při ošetření traumatu po násilném přepadení náhodně zjištěna esenciální trombocytémie a posttraumatická stresová porucha. V závěru autor zdůrazňuje fenomenologický medicínský přístup, který přirozeně spojuje biologickou a psychoterapeutickou léčbu nemocných.

Klíčová slova: psychosomatika, fenomenologie, tensní cefalea, sekundární cefalea při organickém onemocnění, esenciální trombocytémie, posttraumatická stresová porucha.

The author demonstrates the advance from the metapsychological interpretation towards phenomenological view of the disease on the person of the German internist and psychoanalytic Viktor von Weizsäcker. In the article, different aspects of the illness have been presented on the case of a female patient with posttraumatic stress disorder, essential thrombocythemia and chronic headache. In conclusion, the author emphasizes phenomenological medical approach, which reunites biological treatment and psychotherapy.

Key words: psychosomatic medicine, phenomenology, tension-type headache, secondary

headache to organic disease, essential thrombocythemia, posttraumatic stress disorder.

I. Úvod

Pozoruhodnou postavou psychosomatiky byl Viktor von Weizsäcker, německý internista a psychoanalytik, publikující od konce 40. do 70. let 20. století. V jeho díle je možné sledovat vývoj od psychoanalytického pohledu na nemoc k fenomenologickému. Podle současného švýcarského psychiatra a existenciálního psychoterapeuta Giona Condraua byl Weizsäcker také prvním, kdo přinesl teorii, která je schopna přiměřeně zodpovědět hlavní psychosomatickou otázku, totiž otázku po “orgánové specifičnosti” (5).

Weizsäcker se domníval, že pátrání po “tajemství volby orgánu” nelze řešit pouhým přihlédnutím k vrozené konstituci, ani k druhu psychického konfliktu nebo typu osobnosti. Jako zkušený klinik obhajoval názor, že se ty samé nemoci vyskytují u odlišných konstitucí, psychogenezí i typů. Psychosomatika podle něj musí dělit nemoci novým způsobem, a sice podle fenoménů časovosti a prostorovosti. Weizsäckerovi nešlo o fenomény v ontologickém smyslu (13), jak to vidíme u filosofa Martina Heideggera a psychiatra a psychoterapeuta Medarda Bosse, ale o fenomény ontické, tedy – jednoduše řečeno – o subjektivní zkušenost nemocného s časem a prostorem (16, 17). Weizsäcker rozdělil podle tohoto hlediska nemoci do tří skupin: na neurózy, biózy a sklerózy. Tyto pojmy však definoval novým způsobem právě ve vztahu k prožívání času a prostoru.

Neurózy jsou ve Weizsäckerově pojetí všechna onemocnění, která se mohou projevit kdykoliv a ke svému rozvoji nepotřebují žádný časový úsek. Biózy jsou naopak časově vázané a vyžadují různě dlouhé trvání. Sklerózy mají ireverzibilní charakter.

Pro správné porozumění takovému dělení je třeba ale zdůraznit, že Weizsäcker chápe čas relativisticky, čistě subjektivně. Říká-li, že neuróza je “nečasová a neprostorová”, má tím na mysli takový stav, který neomezuje zážitek svobody nemocného. Tam, kde hovoří o časové a prostorové vázanosti, má na mysli omezení svobody pacienta. Zároveň Weizsäcker razí pojem “otevřenosti”. V nemoci jsou v různé míře dotčeny otevřenost a svoboda vůči tomu, s čím se nemocný setkává. Čím otevřeněji a svobodněji vstupuje člověk do vztahů se světem, tím méně je “závislý” na konvenčním prostoru a času. Naopak nemoc a její orgánovou specifitu pak lze pochopit jen z konkrétních limitů, které nemoc přináší konkrétnímu člověku v konkrétní životní situaci (5).

Na příklad úzkostný nemocný disponuje větším “objemem” svobody, než nemocný s frakturou krčku femuru. Agorafobik přece může za jistých okolností navštívit řekněme divadelní představení, zatímco nemocný se zlomeninou upoutaný na lůžko to učinit nemůže. U Weizsäckera však nejde o jednoduché nadřazení psychického somatickému: existuje celá řada organických onemocnění, u nichž jsou otevřenost a svoboda pacienta narušeny méně než u úzkostných stavů, či dokonce u psychóz; Weizsäcker takové nemoci proto řadí mezi “neurózy”.

Účinná pomoc pak není možná ve vztahu k nemocnému jako k pouhému objektu, ale nachází se v oblasti “mezilidského setkání” (4). Mezi “Já a Ty” (v buberovském smyslu) se nemoc ukazuje nikoliv jako kolaps prostoru otevřenosti a svobody, ale jako svého druhu úsilí, výkon pacienta, jehož hlavním smyslem je na ztracenou otevřenost a svobodu poukázat, a také ji znovu dosáhnout.

Zajímavější než samotné Weizsäckerovo dělení nemocí je tedy spíše důraz, jaký tento autor klade na fenomény času a prostoru. Ty byly sice zkoumány již dříve, v souvislosti s psychopatologií na příklad Binswangerem, Minkowskim, von Gebssattlem a dalšími (7). Weizsäcker byl však první, kdo si je troufl využít pro systematické třídění nemocí. S takovým dělením je možné nesouhlasit, ale jeho význam pro celé západní lékařství je dalekosáhlý. Je v něm totiž překonáno kauzální pojetí, jak je známe právě z psychoanalýzy a systémové psychosomatiky (oddělíme-li ji od systemické školy, kterou zde ponecháváme stranou) a také samozřejmě z přírodovědecko-biologické medicíny. Fenomenologický, ne-kauzální pohled na nemoc je právě ve Weizsäckerově “antropologii” poprvé šířeji akceptován jako rovnoprávný psychosomatický přístup vedle psychoanalytického, systémového (holistického), kortiko-viscerálního a behaviorálního pojetí (1).

II. Kasuistika

V následujícím sdělení budou srovnávány různé pohledy na nemoc v psychosomatice, a sice na případu pacientky s chronickými bolestmi hlavy, u

níž byla při ošetření traumatu po násilném přepadení náhodně zjištěna esenciální trombocytémie.

V okolí svého domu byla neznámým útočníkem přepadena 42-letá žena, říkáme jí smyšleným jménem Sára; napadená ztratila na bližší neurčenou dobu vědomí. Paní Sáru našli její příbuzní a přivolali ihned rychlou záchrannou službu. Nemocná byla již v bdělém stavu přivezena na úrazovou ambulanci nemocnice v nejmenovaném městě. Na CT byla zjištěna dvojitá fraktura jařmového oblouku, fraktura pravé orbity, fisúra temporálně vpravo s pneumocefalem a fraktura laterální stěny pravého antra. Neurologické vyšetření bylo bez topického nálezu. Rhinoskopicky byla zjištěna odtržená dolní skořepa vpravo. Oftalmologické vyšetření udávalo "contusio bulbi oculi bilateralis". Nemocná měla dále frakturu pravého klíčku, výraznou trombocytémii s hodnotami mezi $1375 - 1901 \cdot 10^9$ a amnézii na úraz.

Po šesti dnech hospitalizace na chirurgii byla přeložena na stomatochirurgické oddělení k řešení zlomeniny jařmového oblouku. Překladová zpráva neobsahovala žádné anamnestické údaje ani zmínku o psychiatrickém vyšetření; psychický stav nemocné nebyl vůbec hodnocen. Pobyť na chirurgii byl zaměřen diagnosticky – z hlediska léčebného pouze ke zvládnutí akutních somatických obtíží. Vyšetření trombocytémie se dělo až v druhém sledu po propuštění ze stomatochirurgie, tedy 12. den po úrazu. V propouštěcí zprávě stomatochirurga nacházíme kromě běžné zprávy o operačním zákroku již také náznak "zájmu" o anamnestická data, totiž zmínku o běžných dětských nemocech a nevýznamné rodinné anamnéze. Psychiatrické zhodnocení stavu po napadení útočníkem stejně jako v předchozím případě chybí. V den propuštění je nemocná vyšetřena hematologem, je dovyšetřena a je u ní stanovena diagnóza esenciální trombocytémie.

Esenciální trombocytémie je poměrně vzácné myeloproliferační onemocnění, které často probíhá asymptomaticky, a bývá náhodným nálezem během vyšetření krevního obrazu pro jinou příčinu. Jindy se onemocnění projevuje bolestmi hlavy nebo sklonem k tvorbě krevních sraženin nebo naopak paradoxně krvácivými stavy. V každém případě esenciální trombocytémie představuje riziko vzniku maligní myeloproliferace, nikoliv vzácně se vyvíjí buď v myelofibrózu nebo v akutní myeloidní leukémii. Přestože nejčastěji probíhá benigně, pro toto riziko zhoubného zvratu je další postup vždy léčebný. Léčbou volby bývá trombocytoferéza v kombinaci s cytostatiky (11).

U Sáry trombocytoferéza vzhledem k dosud závažnému stavu provedena nebyla; zpráva lékařky, která tuto terapii kontraindikovala, obsahuje první zmínku o psychickém stavu nemocné; v její zprávě se dočítáme, že pacientka je "výrazně anxiousní". Dosud nepřetržitě hospitalizovaná Sára tak 13. den od přepadení potkává konečně terapeuta, který byl schopen vnímat psychickou stránku jejího celkového stavu a zároveň, alespoň okrajově, ji zahrnout do svého vyšetření. Dalším hematologem byla Sára kompletně interně vyšetřena 36. den od přepadení; součástí této zprávy je již i podrobná

anamnéza. Nacházíme údaje o rodičích i o dětech, základní údaje z pracovní a sociální anamnézy. Bohužel, idea alespoň cíleného psychiatrického vyšetření a zvážení možnosti psychoterapie se zrodila až o 5 měsíců později, kdy byly po zavedené cytostatické léčbě hodnoty trombocytů již několik měsíců normalizovány, trvaly však – pro hematologa “nevysvětlitelné”– bolesti hlavy. Ty, jak bylo již řečeno, mohou být průvodním projevem trombocytémie. Až kvůli těmto přetrvávajícím bolestem čistě přírodovědecky-biologické porozumění nemoci selhalo. Teprve po 6 měsících, více než 180 dnech od přepadení, tak ošetřující lékařský tým začal zkoumat, jak událost prožívá Sára jako jedinečná bytost, nikoliv jako biologická jednotka (5, 18).

Z psychiatrického vyšetření vyplynulo, že 42-letá pacientka se narodila jako třetí dítě starším rodičům, kteří měli v době jejího narození již 2 dospělé dcery. Oba rodiče Sáry zemřeli na kardiální onemocnění okolo jejího dvacátého roku života. Otec a jedna ze sester se léčili dermatologicky pro blíže neurčené kožní onemocnění, dle slov nemocné “měli nějakou vyrážku”. Se sestrami se od smrti rodičů nestýká. Žije 18 let v manželství, v kterém posledních 7 let trval latentní konflikt kvůli manželově nevěře; manžel po celou tuto dobu udržoval paralelní partnerský vztah. Manželé mají 2 dospívající děti. Podle Sářiných slov jsou děti smyslem jejího života. Rodina žije pohromadě v rodinném domě. Sára vystudovala střední průmyslovou školu, 3 roky pracovala jako kvalifikovaná pracovnice. Od prvního porodu však byla s dětmi doma, 15 let nepracovala a byla v domácnosti. Poslední tři roky opět pracuje, nyní jako úřednice. Svůj psychický stav před přepadením hodnotila jako problémový. V souvislosti s neřešeným konfliktem trpěla nespavostí a zejména bolestmi hlavy. Udávala opakovaná vyšetření pro kožní vyrážky v posledních dvou letech, opakovaně byla vyšetřována dermatologem bez jasného nálezu. Cítila se “jako v pasti”. Kdyby nebylo dětí, “už dávno by si něco udělala”.

Několik měsíců před přepadením Sáry se situace doma změnila. Partner ukončil mimomanželský vztah, kvůli kterému se několik let trápila a začal se více zdržovat doma. Častěji tak byla konfrontována s jeho impulsivitou a agresivitou. Podobně jako dříve neřešila partnerovu nevěru, zdálo se jí, že nemá žádnou možnost postavit se ani manželově agresivitě. Popsala to slovy: “Moje past se proměnila v peklo”. Po neobjasněném přepadení se situace v rodině opět poněkud změnila. Manžel se k ní nejprve choval ohleduplněji, po čase se však jeho chování opět vrátilo ke zvyklým způsobům. Sára zároveň začala trpět obtížemi, které vznikly typicky s několikátýdenním odstupem od násilného přepadení: během vyšetření bylo možné explarovat pokles nálady s poruchami koncentrace, úzkostné stavy charakteru flasbacků, úlékové reakce, poruchy spánku a úzkostné sny.

Vyšetření bylo uzavřeno s dg. posttraumatické stresové poruchy, F 43.1 (10). Sáře byla doporučena krátkodobá léčba alprazolamem v dávkách 1 až 2mg p.d. a několikaměsíční “ssri kúra” sertralinem v dávkách 50 až 100mg p.d.; dále bylo doporučeno zařazení do psychoterapeutické skupiny, jako alternativa byla navrhována možnost individuální nebo rodinné terapie.

III. Diskuse

Z psychosomatického pohledu se jedná o zajímavý případ pro hned čtyři možné příčiny bolestí hlavy, které zůstávaly vždy buď neléčeny nebo byly interpretovány pouze jednostranně.

V prvním období, asi jeden rok před úrazem, by bylo možné usuzovat na primární, a sice tensní cefaleu ve zřejmé souvislosti s vleklým matrimoniálním konfliktem (8, 12). Kdyby Sára v té době navštívila psychoanalyticky či systémově orientovaného psychosomatického lékaře či psychologa, ten by pro její stav pravděpodobně žádnou jinou, totiž somatickou etiologii nehledal. Posoudil by ho zřejmě jako typické psychosomatické onemocnění (14, 15).

Z dostupné dokumentace vyplývá, že asi půl roku před přepadením (zhruba v době manželova ukončení extramatrimoniálního vztahu) byly u Sáry zjištěny při běžné kontrole u praktického lékaře vyšší hodnoty trombocytů odpovídající později stanovené dg. esenciální trombocytémie! Cefalea nebyla tedy již v této druhé fázi nemoci primární, ale sekundární (3, 9), a mimo psychoterapeutickou léčbu byla již tehdy na místě (při lege artis postupu) odpovídající péče hematologická. Před úrazem by bylo možné postupovat jak cestou trombocytoferézy, která by nemocnou zbavila akutních rizik, na příklad krvácení do mozku, tak farmakologicky.

Po dlouhé době neléčených obtíží dochází k přepadení, které z pohledu postižené ani z pohledu psychoanalyticky či systémově orientovaného terapeuta nemá žádnou souvislost s předchozími obtížemi, nicméně vyvolává u nemocné i v její rodině nějakou odezvu. V tomto třetím období stonání Sáry, totiž v pouhazové fázi, řekněme v době několikátýdenní hospitalizace, se změnila zcela jistě etiologie bolestí hlavy, které nyní byly v jasné souvislosti s frakturou lebky, pneumocefalem a komocí. K etiologii by psychoanalytická a systémová psychosomatika neměly v této fázi stonání zřejmě co říci. Úraz je zkrátka úraz, jaká pak psychosomatika.

Ve čtvrté fázi nemoci, tedy asi od jednoho měsíce po úrazu do psychiatrického vyšetření, v níž byla Sára léčena hematologicky, byla naopak cefalea vnímána jako symptom esenciální trombocytémie, a zcela bez povšimnutí zůstaly jednak dřívější obtíže, jednak postraumatická stresová porucha, která se u nemocné rozvinula v typickém obrazu (10). Z hlediska psychoanalytické a holistické psychosomatiky by psychické trauma bylo (jistě správně) hodnoceno jako stejně významné postižení. V takovém pohledu na nemoc by však zřejmě převažovala kauzální souvislost s násilným přepadením, byla by zkoumána role oběti, v níž se nemocná ocitla, a nepochybně by byla odhalena souvislost se zážitky z období manželovy nevěry. Hlubší rovina celé Sářiny historie, totiž dimenze svobody a otevřenosti, by však zůstala nepovšimnuta (5).

Fenomenologický pohled na cefaleu v duchu antropologické psychosomatické školy by byl ve všech fázích stonání poněkud odlišný. Fenomenologicky orientovaný psychosomatik by nezaměřoval svou pozornost tolik na etiologii obtíží, respektive na jejich kauzální souvislosti, ale hodnotil by

subjektivní prožitek nemocné zejména s důrazem na fenomény časovosti a prostorovosti ve všech fázích nemoci (6). Při takovém pozorování by se jasně ukázala dlouhodobě omezená možnost Sáry vztahovat se otevřeně a svobodně k okolnímu světu; na světlo by vyšly pocity opuštěnosti, které Sára hojně zažívala již uprostřed své primární rodiny i zúžený prostor jejího působení v dospělosti, kdy založila vlastní rodinu; v obou rodinách jako by byla uzavřena možnost prožívat svobodně vztahy k ostatním i k sobě samotné. Weizsäcker by možná její chronické psychosomatické obtíže před násilným přepadením hodnotil jako neurózu, ale důraz by kladl pravděpodobně na Sářino vnímání prostorovosti a časovosti před ukončením extramatrimoniálního vztahu manžela a po něm s ohledem na dvě různé výpovědi: “Byla jsem jako v pasti” a “Moje past se proměnila v peklo”. Z nich by bylo možné explarovat postupné zužování perspektivy nemocné, která viděla stále méně prostoru pro sebevyjádření. Psychosomatické obtíže by pak z pohledu fenomenologického nebyly vnímány ve smyslu poruchy, ale spíše jako jediný dostupný prostředek pro rozšíření životního prostoru (5). Při pozorování proměn perspektivy nemocné by se pak událost násilného přepadení z fenomenologického úhlu pohledu jevila jako zákonitá krize kontinuálního vývoje, kde krajní možností reagování na zužující se prostor otevřenosti a svobody je nejprve, řečeno s Weizsäckerem, přechod od neurózy k bióze (k nim, jak již víme, řadil Weizsäcker také závažné úrazy) s výhledem na “sklerotizaci” stavu.

IV. Závěr

Fenomenologická orientace, jak je z vylíčeného zřejmé, není v žádném rozporu s přírodovědně-biologickým pohledem na nemoc; je prostě pohledem “jiným” či, ještě přesněji, pohledem odjinud (2, 18). Naopak psychoanalytická a systémová psychosomatika jsou orientovány stejně jako přírodně-biologická medicína od základů kauzálně a jsou tedy spíše jinou odpovědí na tutéž otázku po kauzalitě (5). Je proto možné, že fenomenologicky orientovaný psychosomatik, který “nesoutěží” s přírodovědně-biologicky orientovanou medicínou o “správnější vysvětlení nemoci”, by neopomenul odeslat pacientku k internímu a neurologickému vyšetření, které by mohlo odhalit skrytou organickou příčinu obtíží, již v první či druhé fázi onemocnění, tedy ještě v době, kdy by se psychoanalyticky či systémově uvažující psychosomatik (a dokonce i biologicky erudovaný praktik, jako v případě paní Sáry) spokojili s hypotézou psychogenní etiologie stonání.

To je také hlavní přednost fenomenologického pohledu na nemoc. Ten totiž není v žádném rozporu s nepopíratelnými diagnostickými a léčebnými možnostmi biologické medicíny; tu naopak obohacuje o individuální přístup k nemocnému a odkrývá životně důležitou dimenzi jeho jedinečné osobnosti, kterou nedokáže diagnostikovat žádné zobrazovací ani biochemické vyšetření: totiž individuální perspektivu nemocného, vymezenou subjektivně prožívaným

časem a prostorem, v níž se v “různé míře zdraví či nemoci” otevírá oblast svobody a odpovědnosti člověka.

Text byl prezentován formou přednášky během semináře psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP v Lékařském domě v Praze v květnu 2003.

LITERATURA

1. Baštecký J., Šavlík J., Šimek J.: Psychosomatická medicína; Grada, Praha 1993
2. Blecha I.: Fenomenologie slepé skvrny; Triton, Praha 2002
3. Boscarino J., Chang J.: Higher Abnormal Leukocyte and Lymphocyte Counts 20 Years After Exposure to Severe Stress: Research and Clinical Implications Psychosom Med 1999; 61: 378-386
4. Buber M.: Já a Ty; VOTOBIA, Olomouc 1995
5. Condrau G.: Sigmund Freud a Martin Heidegger; Triton, Praha 1998
6. Danzer: Psychosomatika; Portál, Praha 2001
7. Foucault M.: Psychologie a duševní nemoc; Dauphin, Liberec 1997
8. Glaser J., McGuire L., Robles T., and Glaser R. Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future; Psychosom Med 2002; 64: 15-28
9. Kawamura N., Kim Y., Asukai N.: Suppression of Cellular Immunity in Men With a Past History of Posttraumatic Stress Disorder; Am. J. Psychiatry 2001; 158(3): 484 – 486
10. Lamprecht F., Sack M.: Posttraumatic Stress Disorder Revisited; Psychosom Med 2002; 64: 222-237
11. Mazza J.: Manual of Clinical Hematology; Lippincott W&W, Philadelphia 2002
12. Mueller L.: Tenzní bolesti hlavy – opomíjená diagnóza; Medicína po promoci 2003; 4:
13. Patočka J.: Úvod do fenomenologické filosofie; OIKOYMENH, Praha 1993
14. Poněšický J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch; Triton, Praha 1999
15. Poněšický J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky; Triton, Praha 2001
16. Rezek P.: K problému psychologické přítomnosti, in: Přednášky z fenomenologické psychologie, samizdat, Praha 1985
17. Rezek P.: Vzpomínka a životní historie; tamtéž
18. Rezek P.: Přednášky o životní cestě; tamtéž

TEORIE

Otmar W. Schonecke, Jörg M. Herrmann: Psychofyzologie, část I

Překlad ukázky z 10.kapitoly z monografie Thure von Uexküllla Psychosomatische medizine, str. 175-207, Urban& Fischer, 6. vydání, München, Jena, 2003 pro [Psych@Som](#) Mgr.Lubor Špís

Poznámka editora: Do rubriky TEORIE rádi zařazujeme původní práce, našich autorů nebo (při naprostém nedostatku vědeckých studií s tématem psychosomatiky vznikajících u nás) překlady ze světové literatury o psychosomatické medicíně, kde Uexkülllova monografie patří k nejvýznamnějším. Doufáme zvýšit takto úroveň vzdělání našich čtenářů a podpořit odvahu mladých lékařů k tomu, aby si troufli na výzkumy také v oblasti bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci i když je od toho budou možná starší představitelé akademické obce odrazovat.

1 Úvod

Nepopiratelný a hodnotný pokrok v medicíně se přinejmenším z části zakládá na procesech izolace. Poznáme-li určitou skutečnost, jsme od jejího předmětu, tedy části přírody, izolováni ve smyslu „objektivní“ metody, ačkoli jsme sami součástí přírody, stejně jako proces poznávání. Přirozený předmět poznání je ve vědecké analýze dále izolován do stále menších jednotek; tato skutečnost podporuje na straně jedné pokrok poznání, na straně druhé ale také vede často k tomu, že se ze zorného pole vytrácí celek. V medicíně se tak lidské tělo chápe tímto způsobem příliš často jako tělo ve fyzikálním smyslu a méně jako organismus ve svém prostředí (Schonecke 1988). Neznamená to, že by „izolované“ poznávání nemělo žádný smysl; samo o sobě však nevede k poznání celku.

Výsledek těchto úvah nemůže nyní spočívat v tom, že se zaměříme výhradně na pozorování celku a zcela se vzdáme přírodovědecké metodiky přesných analýz, nýbrž nás má podněcovat k překračování hranic metodik vázaných na jednotlivé obory. K tomuto překračování však musí docházet při zachování určité vědecké metodiky, vyžaduje-li to fenomén, o němž má být pojednáno. Psychofyzologie se o to nyní pokouší, tedy snaží se spojit fyziologickou metodiku s metodikou psychologickou, aby – například – dostatečným způsobem osvětlila fenomén emoce. Z toho vyplývají zvláštní metodické obtíže; příčina těchto obtíží spočívá především ve skutečnosti, že v psychofyzologii je objekt poznání subjektem žijícím v určitém prostředí, jehož „objektivizovatelné“ interakce jsou zkoumány v experimentálním prostředí. Jistá „neostrost“ tohoto poznání musí být proto na druhé straně vyvažována obsáhlým používáním statistických postupů analýzy.

Díváme-li se na psychofyzologii jako na výzkumný směr, jehož předmět se vztahuje k souhře procesů fyziologického, behavioristického a prožitkového

druhu, pak je nasnadě považovat tuto souhru za podstatnou pro vznik nemoci či jejich zpracování. Tato skutečnost platí o to více, vyjdeme-li ze skutečnosti – jak je to v oblasti psychosomatické medicíny běžné – že pro nemoci hrají významnou roli psychologicky popsateľné podmínky. „Psychosomatická medicína se musí snažit vysvětlit, jak jsou psychosociální podněty překládány do akutních či chronických změn struktury a fyziologických a biochemických struktur. ... Máme-li se vyjádřit ještě konkrétněji, pak jednoduše nerozumíme tomu, jak jsou nemateriální, symbolické události – jako psychologické reakce na životní zkušenosti a události – „překládány“ do materiálních změn – jako vylučování hormonů hypofýzy, trvalé zvýšení krevního tlaku, změny imunitních procesů, autonomní neuronové výboje či indukce enzymů nebo virů.“ (Weiner 1977)

Rozličné koncepty „psychogeneze“ se stěží hodí k tomu, aby mohly vyjasňovat otázky tohoto druhu, navíc jsou většinou používány vágním a nesprávným způsobem. Především však nepopisují *Weinerem* vyzdvižený proces, nýbrž nanejvýš konstatují jeho výsledek. V psychofyziologickém výzkumu se pokoušíme zachytit a vyjasnit ty procesy a jejich podmínky, o nichž se v psychosomatické medicíně předpokládá, že jsou podstatné pro vznik nemoci.

V oblasti psychofyziologie je nutné jmenovat více přístupů, pomocí nichž se snažíme výše popsané problémy řešit. Snažíme se tedy zkoumat procesy – možná – speciální reaktivity u pacientů s různými poruchami. Pro klinické obrazy nemoci, o které se zde zajímáme, existuje mezitím velké množství výzkumů, které jsou popsány v příslušných kapitolách. Pro tento přístup je společný předpoklad, že určité podmínky vedou k reakcím organismu, které mohou z dlouhodobého hlediska působit škodlivě a způsobovat nemoci. Učebně-psychologicky orientované přístupy se přitom více zajímají o specifická paradigmatata, která mohou vyvolávat škodlivé reakce. Obdobným způsobem byl výzkum zatěžujících životních událostí orientován nejprve na tyto vlastní události, tedy na zatěžující podmínku, a teprve později se přenesla pozornost na druh procesů, které tento účinek zprostředkovávají. Těmto přístupům je však společné, že specifické podmínky vedou ke specifickým onemocněním.

2 Aktivace

Koncept aktivace je základním konceptem, jelikož označuje ty aspekty psychických procesů, které překračují rámec čistě psychologického úhlu pohledu a zahrnují rovněž procesy tělesné. Abychom mohli dostat celkovému fenoménu emocí, musíme překročit hranici čistě psychologického úhlu pohledu a metod, jelikož fenomén emoce obsahuje na úrovni prožitku také tělesné procesy a je těmito procesy rovněž určován. Koncept aktivace souvisí s vlastností emoce, jež vztahuje tělesné a psychické fenomény na sebe navzájem, aby psychické fenomény získávaly tělesný význam či naopak.

K tomuto vzájemnému podmiňování dochází například tehdy, představuje-li určitý vnější podnět signál s významem „nebezpečí“, který vyvolá pocit „strachu“ a aktivuje tělo, aby se organismus mohl zbavit vnějšího podnětu např. únikem.

Tento úhel pohledu spočívá v tom, že psychologické modely jsou rozšiřovány modely fyziologickými a naopak. Narážíme zde však na zvláštní obtíž, a sice že oba systémy používají v rámci svých modelů vždy svůj vlastní znakový systém, který byl odvozen ze dvou odlišných vědeckých jazyků – jazyka psychologického a jazyka fyziologického; přitom však není možné redukovat jeden jazyk na jazyk druhý nebo jej do druhého jazyka překládat. Neexistuje rovněž žádný metajazyk, který by oba systémy vědění popisoval integrujícím způsobem. V psychofyziologii vede tato skutečnost vedle zvýšené náročnosti ohledně metodiky měření ze dvou odlišných oblastí měření také ke zvýšené náročnosti týkající se metodicko-logických a statických konceptů, pomocí nichž by mohly být obě oblasti vztaženy k sobě navzájem. Hranice překračující charakter psychofyziologie je zvláště zřetelný na základním konceptu aktivace. „Psychofyzické aktivační procesy doprovázejí veškeré lidské životní projevy. Jsou to stejně univerzální funkce jako zpracovávání informací a učení“ (Fahrenberg a kol. 1979).

Organismus může být myšlen jako systém, jehož rovnováha může být udržována vnitřními procesy. Není-li tomu tak, vzniká potřeba, jež zaktivuje organismus s ohledem na jeho okolí. Míra aktivace či – coby stav – míra zaktivnění je závislá na naléhavosti či intenzitě potřeby, a s tím spojené relevance a významu určité situace. Pojem aktivace odkazuje tedy na míru, při níž je organismus „vyveden z klidu“ vnitřními či vnějšími událostmi. Z tohoto určení vyplývá určitá blízkost k pojmu motivace (potřeby; Duffy 1972). Na základě výsledků, které nám jsou k dispozici, vykazuje aktivace specifičnost v různém ohledu, například s ohledem na charakter aktivujících podnětů a aktivovaných individuí. To znamená, že nikoli každá aktivita musí být doprovázena identickými psychofyzickými vzorci.

Níže budou nejprve představeny různé aspekty aktivace, jelikož jsou rovněž důležité pro pochopení psychofyzických konceptů v oblasti psychosomatické medicíny. Tyto úvahy jsou relevantní pro porozumění multifaktoriálním patogenetickým konceptům: chceme-li určit význam psychického zatížení pro patogenezi hypertonie, pak je nutné, abychom si udělali jasno ohledně subjektivity „zatížení“, která má rovněž určité metodické důsledky pro zachycení aktivace. Znalost metodických požadavků v této oblasti umožňuje vyvážené a „opatrné“ hledisko při posuzování patogenetických konceptů a může zabránit ukvapeným předpokladům ohledně určitého psychosomatického vlivu. Z tohoto důvodu jsou výklady o aktivaci důležité jak pro stresový koncept, tak i pro koncept emoce.

2.1 Zachycení aktivace

Psychofyzilogický výzkum nahlíží na fyziologické funkce jako na závislé proměnné, závislé na podmínkách, jež mohou být vytvořeny a popsány

psychologickými metodami. To znamená, že se z psychologického hlediska vytvářejí co možná nejexaktněji popsatelné podmínky, které působí na určitý organismus, nebo se pomocí co možná nejexaktnější metodiky pozorují existující podmínky. Důležité přitom je, že tyto podmínky nejsou voleny libovolně, nýbrž jsou konkrétní částí určitého teoretického systému a jsou přitom vztaženy na otázky, které mají být prozkoumány. Referenční rovina závislých proměnných spočívá v evidenci fyziologických funkcí. Jako závislé proměnné však slouží také psychologické parametry, a to například tehdy, má-li být ve svém účinku ověřen efekt experimentální manipulace k indukci emoce a má-li být tento efekt uveden do vztahu s efekty na rovině fyziologických funkcí.

2.1.1 Experimentální postup

V mnoha výzkumech týkajících se aktivace je patrná snaha o zachycení vlivu psychologicky popsatelných podmínek na fyziologické funkce. Z tohoto postupu je možné snadno odvodit „jednostranně nasměrovaný“ kauzální model, v němž se předpokládá, že ta či ona psychická podmínka působí na fyziologické funkce a mění je. Současně je možné vycházet z toho, že se intenzita určité emoce či míra zaktivnění ukazuje ve velikosti změn fyziologických funkcí, takže je možné intenzitu emoce určovat fyziologicky a tím také relevanci, kterou má určitá situace pro organismus. Tento zúžený způsob interpretace však nutně nevyplývá ze způsobu metodického postupu, jelikož emoce se týká celého organismu. K tomu ještě přistupuje skutečnost, že korelace různých rovin (např. rovin emoce) je velmi různá a často opravdu nízká. A tak nemusí určitý pacient pociťovat po absolvování terapie strach v konkrétní situaci, jež dříve pocit strachu vyvolávala, ale přesto může na tuto situaci reagovat výraznými změnami fyziologických parametrů (např. srdeční frekvencí).

Aktivaci není možné zachytit přímo, ale je možné ji vymezit jako teoretický pojem určitými údaji (indikátory) – viz tabulka.

Měřená veličina	Použité ukazatele	Některé významné vztahy
srdeční frekvence	úderů za minutu variabilita = rozptýlení intervalů RR (EKG) či rozpětí (maximum – minimum) během měřeného časového úseku	zčásti lineární vztah k psychickému napětí, zaktivnění, zpomalení při přijímání podnětu variabilita jako indikátor pro prožívanou úzkostlivost a habituální sklon ke strachu
krevní tlak (RR)	RR systolický a RR diastolický (mmHg)	RR (systolický) indikuje většinou lineární vztah ke zaktivnění, hodnota diastolického krevního tlaku může speciálně při uvolňování adrenalinu při vzrušení klesat

dýchání	dechová frekvence, hloubka dechu (registrováno dechovým pásem či termočlásky zavedenými do nosu)	není známa žádná reakce specifická pro určitou situaci, důležité při analýzách poruch dýchání u astmatiků
elektrodermální aktivita (EDA)	základní úroveň odporu (SRL, SCL); změna odporu (PGR, HGR): amplitudy a frekvence	citlivý indikátor pro změnu vzrušení, výrazná orientační reakce u všech sensorických podnětů, spontánní fluktuační odráží úroveň vzrušení
svalová aktivita (EMG)	časový integrál jako produkt z amplitudy a frekvence	indikátor pro napínání specifických svalových skupin, také pro obecné napětí, korelace k mikro-vibracím a třesu
elektrická aktivita mozku (EEG)	spontánní EEG: podíly typů vln (alfa = 8 – 12 Hz, beta = více než 12 Hz, delta = 2 – 4 Hz, theta = 4 – 8 Hz) evokované potenciály (reakce na zvukové a světelné signály): latence a podíly amplitud reakčních podílů počítačově odfiltrovaných ze surové EEG kontingentní negativní variace, amplituda, variabilita	indikátor pro stádia zaktivnění od hlubokého spánku (vlny delta a theta) až k napjatému bdění (vlny beta), rozlišení různých stádií spánku a snových aktivit, změna u orientační reakce na podněty specifičtější aktivační indikátory než spontánní EEG vlna očekávání: amplituda roste s představou zamýšlené reakce, klesá s rostoucí délkou reakce a ubývající pozorností
katecholaminy	adrenalin, noradrenalin (měřeno v moči nebo v plazmě)	oba reagují na fyziologické stresory, v psychické oblasti adrenalin spíše u strachu, noradrenalin spíše u zaktivnění, zloby
kortizol	hladina v plazmě a moči, nárůst při silném nebo neovladatelném stresu, zčásti zvýšená při depresi	nárůst při silném nebo neovladatelném stresu, zčásti zvýšená při depresi

Oblast emocí a podnětů	
<p>globální duševní stav</p> <p>jednotlivé emoce jako zaktivnění, depresivita, úzkostlivost, zloba</p> <p>emocionální poruchy a poruchy podnětů v rámci psychiatrických nemocí</p>	<p>seznam jednotlivých duševních stavů: adjektiva o duševních stavech se třemi alternativními odpověďmi</p> <p>seznam slov jednotlivých vlastností: 15 stupnic, sestavených z alternativně zakřížkovatelných adjektiv vyjadřujících emocionální stavy</p> <p>State Trait Anxiety Scale (stupnice stavů vlastností strachu): state-form (formulář stavů) dle <i>Spielbergera</i>, 20 čtyřstupňových zakřížkovatelných vět sloužících k popisu momentální úzkostlivosti</p> <p>visuální analogové stupnice: deseti centimetrový úsek s verbálně označenými emočními extrémy, mezi nimiž je zakřížkován momentální stav</p> <p>stupnice pro posuzování cizími osobami:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hamilton Anxiety and Depression Scale</i> (stupnice strachu a deprese dle <i>Hamiltona</i>) určená pro psychiatrické použití • <i>Clinical Assessment Geriatric Scale</i> (stupnice pro klinické posuzování geriatric) určená pro emocionální poruchy a poruchy podnětů u senilních onemocnění
Výkonnost koncentrace	
kvalita a kvantita výkonnosti při počtech	test výkonnosti koncentrace: kvalita a kvantita výkonnosti při počtech, test výkonnosti koncentrace: komplexně sestavené sčítací úlohy (vyhodnocení podle počtu a procent chyb)
průběh koncentrace	test průběhu koncentrace: vyhledávání určitých číslíc z číslícového pole po delší dobu (díky počítačově řízeným nabídkám je test možné nastavit na individuální úroveň zatížení)

Jak při vytváření výzkumných podmínek, jejichž vliv na organismus má být zkoumán, tak i při zachycování tohoto vlivu na prožívání, chování a fyziologické procesy musí být k dispozici operacionalizace, které umožní – např. – opakovatelnost určitého výzkumu, ale především co možná nejpřesvědčivější interpretaci výsledků. To však závisí na tom, jak přesvědčivě byla určitá pokusná situace odvozena z konkrétního teoretického systému.

Není tedy snadné optimálně standardizovat určité „zatížení“ pro mnoho pokusných osob. Použijeme-li např. početní úlohu o určité obtížnosti, pak tato obtížnost není na základě různě rozvinutých matematických schopností pro všechny pokusné osoby totáž. Navíc se také různí motivace k řešení početních úloh u jednotlivých pokusných osob. Je-li přítomna zjevná výkonnostní motivace, může zatížení působit silněji. U tohoto příkladu je nutné principiálně myslet na interakci mezi faktory motivace a výkonnosti. Použijeme-li takovouto podmínku pro zachycení reakceschopnosti jednotlivých osob na zatížení, pak z těchto úvah vyplývá nutnost vytvářet co možná největší množství podmínek zatížení, aby bylo možné zachytit a kontrolovat specifické vlivy určitého speciálního zatížení s ohledem na kladené otázky. Použití vícero zatížení dovoluje určit podíl proměnlivosti specifický pro aktivující podmínku.

Jelikož je kovariace mezi změnami hodnot v rámci referenčních rovin za různých podmínek často velmi malá, pak je zřejmé, že intenzita určité emoce není zachytitelná pouze měřením jedné změny (např. srdeční frekvence), nýbrž že musí být zachycen co možná největší počet proměnných na co možná nejvíce rovinách.

Získávání údajů z různých oblastí a funkčních systémů je nutné také proto, že vztah mezi různými funkčními systémy je nejenom těsný, nýbrž není nutně lineární. Tak je myslitelný případ, že konkrétní osoba uvede, že vnímá určitý pocit s velkou intenzitou, aniž by došlo k větším změnám fyziologických funkcí či ke změnám chování, jež by zasluhovaly zmínku. Tato skutečnost může na straně jedné záviset na způsobu emoce, na straně druhé na

nelineární souvislosti mezi prožíváním emoce a odpovídajícími změnami fyziologických funkcí.

2.1.2 Laboratorní výzkumy a terénní výzkumy

Požadavek týkající se měření fyziologických funkcí za „přirozených životních podmínek“ implikuje předpoklad, že se za „umělých“ podmínek laboratorních výzkumů neobjevují žádné reakce typické pro určité onemocnění, jelikož v laboratoři nemohou být vytvořeny nároky a zatížení odpovídající skutečnému životu.

Je jistě pravdou, že vytváření experimentálních podmínek v laboratoři s ohledem na blízkost skutečnému životu těchto podmínek je ve srovnání s terénními studii opravdu omezené. Ve skutečnosti však četné laboratorní výzkumy ukazují – vytvoří-li se situace s určitými vlastnostmi –, že dochází k relevantním reakcím specifickým pro dané onemocnění (*Fredrikson, Tuomisto, Lundberg a Melin 1990*). *Matthews, Owens, Allen a Stoney (1992)* porovnali hodnoty krevního tlaku zjištěné ve všedních dnech v závislosti na síle negativních emocí u pokusných osob, které byly předtím – v laboratorních podmínkách – vystaveny různým zatížením. Ukázalo se, že reaktivita pokusných osob za laboratorních podmínek byla předpověditelná pro výšku jak systolického, tak i diastolického krevního tlaku.

Při těchto pokusech se rovněž ukázalo, že specifické experimentální podmínky aktivace mohou být nutné k tomu, aby bylo z aktivity pokusných osob v laboratoři možné usuzovat na aktivitu za všedních podmínek, např. že zatížení vyžaduje aktivní nasazení (*Johnston, Anastasiades, Vogeles, Kitson a Steptoe 1990*). Hodnota laboratorních výzkumů se nesnižuje tím, že reakce jsou za přirozených podmínek mnohem silnější.

Díky vývoji v oblasti mikroelektroniky je dnes do značné míry možné provádět ambulantní psychofyzická měření; to zahrnuje také měření krevního tlaku (*Schmidt a Jain 1996, Fahrenberg a kol. 1998*).

Díky těmto metodám došlo k enormnímu rozšíření spektra terénních výzkumů, avšak náklady na pořizování těchto přístrojů jsou stále ještě velmi vysoké.

Pomocí této technologie vyšetřili *Jain a kolektiv (1988)* zdravé osoby nejprve laboratorně a na základě jejich kardiovaskulární reaktivity je rozdělili do dvou klasifikačních skupin: na osoby silně a slabě reagující na stres. Následně po laboratorním vyšetření byly během dne určovány krevní tlak a srdeční frekvence a během dne i noci pak katecholaminy a dopamin. Mohlo být prokázáno, že reaktivita – i když vztažená na různé parametry v různém charakteru – se ukazuje rovněž v každodenním životě. Je zajímavé, že u hodnot naměřených v noci neexistovaly téměř žádné rozdíly mezi oběma skupinami, takže rozdíly v průběhu denní aktivity vznikají na základě zvýšené reaktivity. V této studii mohlo být dále konstatováno, že zvýšená reaktivita je

s velkou pravděpodobností zprostředkovávána katecholaminy. Význam tohoto výzkumu spočívá především v tom, že po dobu téměř jednoho celého dne byly soustavně registrovány hodnoty krevního tlaku; bez této technologie by to bývalo nebylo možné.

Souvislost mezi měřeními prováděnými v laboratoři a za skutečných životních podmínek závisí – mimo jiné – také na podobnosti zatížení. Tak mohli *Bongard, Katterbach a Hodapp* (1994) ukázat, že odpovídající laboratorní úkoly zadávané pracovníkům z chemického průmyslu podmiňovaly obdobný nárůst srdeční frekvence jako za skutečných pracovních podmínek, a to méně pro reaktivitu krevního tlaku, ale především pro reaktivitu srdeční frekvence.

Jeden z nejpodstatnějších problémů však spočívá v obtížnosti usouvztažit naměřené fyziologické údaje s výsledky a situacemi, které se objeví během měření (např. během jednoho dne). Údaje osob jsou přitom často nespolehlivé. Nejsou-li příčinou nepřesností pokusné osoby, to znamená, že se jednotlivé situace a jejich významy také co možná nejpřesněji zachycují (např. na základě zodpovězení několika otázek v dotazníku či pomocí malého počítače), pak dochází ke změně situace již tím, že se o ní i její valenci přemýšlí. Přesto však má svoji hodnotu, může-li být během měření (např. krevního tlaku u hypertonika) trvajících po dobu jednoho dne zjištěno, co se právě událo či na co bylo myšleno či co bylo pociťováno v okamžicích, kdy byl krevní tlak zvláště vysoký nebo také nízký.

2.1.3 Kvalita psychofyziologických měření

Výše popsané metodické otázky měření aktivace je možné chápat jako otázky „diferenciální psychofyziologie“, to znamená ve smyslu otázek jako: „Za jakých podmínek měření je možné spolehlivě registrovat rozdíly reakčních vzorců či reaktivity různých osob?“ Toto jsou otázky, jimiž se zabývala zvláště psychologická teorie testů, které však platí pro veškeré oblasti měření (viz. kapitola 23 „Teorie diagnostického procesu“).

Metodou pro ověřování spolehlivosti určitého diagnostického postupu je v této oblasti opakování testu. Pro odhad spolehlivosti diagnostické metody je nutné považovat časovou nestabilitu měřené vlastnosti za chybovou varianci. To znamená, že rozdíly mezi dvěma časovými body měření mají svoji příčinu na jedné straně v nepřesnosti měřícího postupu, na straně druhé ale také v časových změnách měřené vlastnosti. Tak zjistili *Kasparowicz* a kolektiv (1990), že korelace diferenčních hodnot vztažených na klid a zatížení mezi oběma časovými body měření byly po čtyřech týdnech při opakovaném měření četných hemodynamických parametrů za mentálního zatížení menší než korelace mezi odpovídajícími výchozími hodnotami. Tyto rozdíly ve stabilitě mezi diferenčními a původními hodnotami se objevují často (*Stemmler a Fahrenberg* 1989). Mezi jednotlivými parametry však také existovaly rozdíly ve stabilitě. Tak byla především stabilita periferního odporu a diastolického tlaku

krve nižší. *Sherwood a Turner (1993)* například zjistili rozdílné stability s ohledem na reakční hodnoty u různých tělesných pozic (sezení a stání), a také rozdílnou regulaci reaktivity krevního tlaku v obou výše uvedených tělesných pozicích.

Na druhé straně je stabilita reaktivity určitých fyziologických parametrů sama o sobě zajímavá, a to v případech, kdy se zkoumá její patogenetický význam pro určitá onemocnění. U labilních hypertoniků tak *Drummond (1985)* zjistil stabilně vyšší kardiovaskulární reaktivitu při emocionálním zatížení ve srovnání s běžnými osobami kontrolní skupiny. V subjektivním pocitu zatíženosti se však skupiny v obou okamžicích nelišily.

Jiná otázka se v této souvislosti týká validity měřícího postupu, to znamená, že jde o otázku, do jaké míry postup měření skutečně zachycuje ukazatel, jež má být zachycen – a sice za určité experimentální podmínky a při měření určitých parametrů. Tak bychom si mohli například představit případ, že určitá osoba nebo určitá skupina osob vykazuje zvýšenou reakceschopnost určitých parametrů pouze za určitých podmínek. Pokud bychom měřili jiné parametry za nevhodných experimentálních podmínek, tak bychom existující zvýšenou reakceschopnost nezachytili. Takto se ukázalo, že ukazatel „provokace“ experimentálních podmínek zatížení je podstatný pro kardiovaskulární reaktivitu osob s takzvaným chováním typu A. Z meta-analýzy různých studií, v nichž byla zkoumána zvýšená kardiovaskulární reaktivita osob se zvýšenými hodnotami nepřátelskosti ve srovnání s osobami bez zvýšené nepřátelskosti, nevyplývaly žádné signifikantní efekty nepřátelskosti s ohledem na kardiovaskulární reaktivitu. Tato situace se však změnila, byl-li zohledněn druh aktivující podmínky. U „provokativních“ podmínek aktivace vykazovaly nepřátelské pokusné osoby zvýšenou reaktivitu krevního tlaku (*Suls a Wan 1993*). V této meta-analýze se dále ukázalo, že svůj význam hraje také způsob, jakým je nepřátelskost zachycována.

Pro oblast klinicky orientované psychofyziologie byl *Dahmem a Richterm (1980)* vznesen požadavek na „funkční diagnostiku“. Pod tímto pojmem chápou autoři „přednostní vyšetřování těch fyziologických funkcí, které jsou u konkrétního psychosomatického onemocnění negativně ovlivněny“. Již *Malmo a Shagass (1959)* tak objevili vztah mezi reaktivitou fyziologických funkcí a obtížemi.

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010