

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

Číslo

6

Ročník

VI/2008

ISSN 1214-6102

15.12.2008

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Obsah

Editorial 200

MUDr. Radkin Honzák: Odvrácená strana vánoc 200

Politika, koncepce 202

Zápis ze setkání Sdružení pro psychosomatiku o.s. 3.10.2008 202

Zápis ze setkání výboru Sdružení pro psychosomatiku 12.11.2008 204

Zápis z výboru psychosomatické sekce 25.11.2008 205

Z 12. konference 208

*MUDr. Martin Konečný: NEUROBIOLOGICKÁ REVOLUCE V MEDICÍNĚ a
RENASANCE PSYCHOSOMATIKY* 208

Teorie 213

PhDr. Helena Kalábová: NEMOC JAKO PŘÍLEŽITOST K PÉČI A POZORNOSTI 213

Matthias Franz a Johannes Kruse: Časté neurologické klinické obrazy nemoci 218

Oznámení a užitečné informace 229

Nová psychosomatická a psychoterapeutická ordinace 229

Právník: Jak postupovat v případě zjištěného sexuálního zneužívání? 230

Sbor recenzentů

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.

Redakční rada

MUDr.Radkin Honzák, CSc.
MUDr.PhDr.Jan Poněšický, PhD.
Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc.
Doc.MUDr.Jiří Beran, CSc.

Redakce

MUDr.Vladislav Chvála
PhDr.Ludmila Trapková
Mgr.Petr Moos
Mgr.Jan Knop

Adresa

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

MUDr. Radkin Honzák: Odvrácená strana vánoc

Přesně ve 12:04 dne 21. prosince nastane letos zimní slunovrat, 22. prosince začíná židovský svátek světel a 24. prosince přijdou Vánoce; k někomu líbezně, k někomu méně. V každém případě je to však lepší eventualita než ta, co popsal Karel Čapek ve svém vyprávění o tom, jak Vánoce se na lidi našťvaly a řekly, že nepřijdou.

Když Istivý Loki ze starogermánské mytologie zabil zářivého boha Baldra, na zemi v ten moment nastala tma a krutá zima trápila lidi i zvířata. Zdálo se, že život na zemi navždy skončil. Bohyně podsvětí na prosbu jeho matky vrátila Baldra mezi živé, měla však jednu podmínku: Baldr se již nikdy nesměl dotknout země. Bůh se tedy zrodil znovu, ale od těch dob pluje po nebi. Také v keltské tradici je 23. prosinec velmi tajemný den. Na rozdíl od jiných k němu není přiřazen žádný strom ani znak ogamové abecedy. Nese název "Den neopracovaného kamene", což podle některých pramenů symbolizuje nový mocný počátek věcí, zahájených právě v tomto čase. Praslovanský bůh Slunce Džabog o zimním slunovratu umírá a pak se znovu rodí. Ale co se děje mezi jeho smrtí a zrozením, kdy je svět bez ochrany? Bohové umírají a znovu se rodí, příroda se však omezuje na nejnужnější životní projevy, aby přežila. V přírodním cyklu se jedná o „zrno ukryté ve zmrzlé a obnažené zemi, životní energii odpočívající v srdci temnot před pomalým gigantickým vzestupem“.

„Slunovrat je nám bytostně blízký. Stačí jen projít se lesem a zrovna ucítíte, jak slunce je v tento čas slabé, skomírající a bezvládné...“ napsal před rokem ve svém kázání rev. Samojský a slabost, skomírání a bezvládnost rozhodně nepatří mezi povznášející pocity. V kulturách našich dávných předků se od počátku listopadu stával předěl mezi světem živých a mrtvých stále propustnější a při slunovratu hranice mezi naším světem a podsvětím dokonce mizí. Podle tradice došlo ke zrození slunečního božstva při ranním svítání dne 25. prosince, přičemž je významný díl obřadních činností soustředěn na jeho předvečer, tedy na Štědrý večer. Skutečné vzkříšení však nastává až o Velikonocích. O Vánocích se rodí jeho naděje. A ta může být nejistá.

Moderní člověk je hloupější než obě hodná zvířátka, která zahřívala Ježíška v jesličkách, když se pošetile domnívá, že se vymanil

z přírodního cyklu. Již samotné zkrácení doby slunečního dne je biologicky nepříznivým faktorem, který může spustit či vyvolat depresi. Všechny vánoční zvyky byly magické praktiky s hlubokou mystickou náplní, kterou jsme zcela vyprázdnili a nahradili komercí. Předvánoční čas je časem nejistého očekávání, čas, který žene lidi do houfu, v němž by se mohli cítit bezpečněji. Ti, na které se nedostalo místo a celý rok to s přemáháním snášeli a také ti, kteří o svůj houf přišli se cítí ještě hůř.

Ve své klinické praxi se setkávám s dvěma nejčastějšími typy vánočního, resp. předvánočního „zhroucení“: s lidmi uštvanými a depresivními. Advent, doba očekávání Kristova příchodu byl dobou rozjímání, nikoli dobou zběsilého uklízení, shánění a pečení. Lucky, které za zpěvu vcelku nenáročného textu „*jdu, jdu, jdu, noci upiju*“, procházely všechna stavení, byly jakési kontrolorky a běda, jestliže našly ve světnici kolovrat s rozdělaným dílem. Přízi potrhaly, kolovraty rozbíjely, protože ty už dávno měly být uklizeny na půdě, aby mechanická práce nenarušovala požadované duchovní soustředění. Místo kontempace máme shon a místo popěvku o upíjení noci nás na všech místech bombardují „Rolničky“.

Osamělost je nejen výsledek osobních tragedií, především úmrtí blízkých, ale také důsledek rozbití sítě mnoha úrovní mezilidských vztahů. Náš svět zdánlivě komunikuje, jako nikdy předtím, ve skutečnosti otevřená, upřímná, hodnotná mezilidská komunikace upadá a věta: „nemám čas“, je bezpečným mostem k následnému pocitu osamělosti.

Vánoční bilance je výsledkem celoročních aktivit. Má-li být bilancí zrozené naděje, najdeme návod pro celoroční chování v Evangelích, kterým bych jako nejvýznamnější „klíčové slovo“ přiřadil slovo **láska**. „*Miluj bližního svého jako sebe sama*“, řekl Kristus, který se té Velké noci narodil. Učme se mít rádi sebe i své blízké víc, než luxusní auta, exotickou dovolenou, svoje MAGNUM, či nejkřupavější z křupavých křupek. Vánoce jsou totiž především o lidech.

15.11.2008

Radkin Honzák

POLITIKA, KONCEPCE

Zápis ze setkání Sdružení pro psychosomatiku o.s. 3.10.2008

ÚVN Střešovice Praha, knihovna oční kliniky, počet účastníků 24

ODBORNÝ PROGRAM:

1/ PhDr. L. Pelková: "Obnova a získávání jídelních, emočních a životních kompetencí u klientek s poruchami příjmu potravy", Specializovaná jednotka pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika Ke Karlovu 11, Praha 2

Specializovaná jednotka se skládá z ambulance, denního stacionáře a otevřeného lůžkového oddělení. Kolegyně PhDr. Pelková udává dobré zkušenosti se zavedením ambulance specializované na poruchy příjmu potravy, která funguje při klinice jeden den v týdnu. Zájem je takový, že objednávací doba je asi 1 měsíc. Informovala též o vícerodinné terapii, kterou na klinice zavedli jako součást stacionární léčby

Diskutována byla tato témata:

- ❑ klíčové je udržení pacientů v hospitalizační části léčby, nalezení motivace ke změně náhledu
- ❑ zprostředkování určitých zdravých norem stravování
- ❑ zdravější zacházení s emocemi než potlačení, které je u pacientů obvyklé
- ❑ doléčování formou doléčovacích skupin a klubů, kam dochází současně i zájemci o léčbu
- ❑ relaps jako přirozená součást doléčování

2/ Internista MUDr. M.Weis: "Psychosomatický přístup k poruchám příjmu potravy", Psychosomatická klinika Praha

Kolega MUDr. Weis informoval o zdravotních komplikacích v případě poruch příjmu potravy, jako jsou poruchy imunity, snížená tolerance k zátěži, anémie, zhoršená srážlivost a hojení, osteoporóza.

Diskutována byla tato témata:

- ❑ zásadní riziko (až možnost úmrtí) je spojeno s jednostrannou a nízkotučnou stravou
- ❑ diagnostika založená na BMI a vizuálním odhadu je nedostatečná pro odhad malnutrice, je potřeba interní vyšetření
- ❑ vážení pacientek problematické - odmítají je

- ❑ Následovala kasuistika pacientky (29 let) s devítiletou anamnézou mentální anorexie

Neformální setkání u občerstvení.

ORGANIZAČNÍ ČÁST:

1/ Webové stránky SPPS – www.sp-ps.eu

Představeny a dobře přijaty členy Sdružení: jednoduché, funkční. V oddělení "Články" by mohly být za jednotlivými příspěvky také repliky na text.

2/ Logo SPPS

Volba loga SPPS proběhla v termínu od 11.8. do 10.9.2008. Z 34 došlých hlasů bylo 19 platných, 9 členů hlasovalo pro verzi A, 10 členů pro verzi B / obě verze jsou uveřejněny na www.sp-ps.eu /. Vítězem hlasování se stalo logo B.

PhDr. H.Pavlátová a MUDr. F. Irmiš nabídli, že do konce roku připraví svůj návrh loga. Návrh byl podpořen většinou účastníků setkání.

3. Termíny setkání Sdružení v roce 2009: 23.1., 15.5., 18.9., 27.11.

4/ Setkání 23.1.2009 by mohlo proběhnout ve Vinohradské nemocnici. Zjistí MUDr. Hánová.

5/ Krátká diskuze k tématu "Základní psychosomatická péče":

- ❑ koncept by měl být zaměřen na komunikační dovednosti praktických lékařů
- ❑ v první fázi vzdělávání těchto lékařů by mělo být cílem, aby byli schopni rozeznat psychosomatickou problematiku a doporučit pacientovi další léčbu u psychosomaticky orientovaného odborníka nebo v psychosomatickém zařízení
- ❑ klíčové je zařazení psychosomatického oboru do pregraduálního studia

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ:

Přítomni: MUDr. Masner, PhDr.Roubal, MUDr.Štěpánová, Mgr. Jandourková.

Omluveni: Mgr. Kačenová, Mgr. Kravarová, MUDr. Rys.

- příprava příspěvků na další setkání: měly by být opět tématicky jednotné. Nejprve oslovíme všechny členy, aby nabídli vlastní témata a příspěvky. PhDr. Roubal osloví MUDr. Jirmanovou, Mgr. Jandourková PhDr. Pečenou.

- logo: Vzhledem k novým nabídkám logotypu a většinové podpoře nového návrhu doporučujeme pozastavit užívání vítězného loga. Hlasování o tomto návrhu proběhne na příští schůzi výboru / dnes není výbor usnášeníschopný /.

Zápis ze setkání výboru Sdružení pro psychosomatiku 12.11.2008

Přítomni: Sevila Kačenová, Eva Kravarová, Ondřej Kravar, Ondřej Masner, Pavel Roubal, Eduard Rys, Michaela Štěpánová, Danuše Jandourková

1) Informace o Sdružení na fakultách

Budeme propagovat činnost Sdružení ve fakultách UK - vyvěsíme **pozvánky** na setkání Sdružení v **lékařských fakultách a filosofické fakultě UK**. S.Kačenová zajistí propagaci ve FF UK, D.Jandourková ve VFN Praha, P.Roubal v ÚVN Střešovice, E.Rys ve FNKV Vinohrady a O.Masner ve FN v Motole.

2. Příprava členské schůze dne 23.1.2009

- A. Setkání proběhne tentokrát nově ve **Fakultní nemocnici na Vinohradech !!!** E.Rys bude kontaktovat MUDr. Z.Hánovou, dohodne podmínky setkání a zajistí techniku a občerstvení.
- B. Členská schůze proběhne 23.1.2009. Pokladník M.Štěpánová připraví stručný **přehled hospodaření Sdružení za rok 2008** a dá jej ke schválení revizorce D.Jandourkové. O.Masner připraví **Výroční zprávu o činnosti Sdružení za rok 2008** a pošle jí všem členům výboru. Termín vyhotovení obou zpráv je 1.12.2008. Návrh výroční zprávy o činnosti Sdružení i účetní uzávěrku za rok 2008 připojíme k pozvánce na členskou schůzi. **Pozvánku** rozešleme členům Sdružení do 10.12.2008. Členové Sdružení mohou vyjádřit své připomínky k zaslaným zprávám do 20.12.2008. Obě zprávy budou předloženy ke schválení na lednové členské schůzi.
- C. Pokladník M.Štěpánová informovala o hospodaření Sdružení za rok 2008. Na základě této zprávy doporučuje výbor zachování výše **členského příspěvku 200.- Kč**. Výše členských příspěvků bude předložena ke schválení na lednové členské schůzi.
- D. Na členské schůzi bude třeba **zvolit nového člena výboru**, náhradu za PhDr. J.Slánskou, Csc. V pozvánce na členskou schůzi vyzveme členy, aby zvážili své případné členství ve výboru Sdružení. Volba nového člena výboru Sdružení proběhne na lednové členské schůzi. V případě více než 2 zájemců, navrhujeme provést dvoukolovou volbu.
- E. **Organizační část** setkání proběhne tentokrát **mezi dvěma odbornými sděleními**.

3. Příprava odborné části setkání dne 23.1.

- A. Odborným tématem budou „ **psychosomatické souvislosti v porodnictví**“ . D.Jandourková osloví co PhDr. Pečenou a MUDr. Marka, dále event. oslovíme MUDr.Jarolímkovou.

- B. O.Masner navrhuje věnovat část odborného programu podpoře **projektu ZPP** (základní psychosomatická péče) a navrhuje pozvat „konstruktivní kritiky“ projektu. Realizace návrhu se odkládá.
- C. S.Kačenová navrhuje pozvat na květnové setkání Sdružení **Dr.W.Steinmuellera** z Německa, aby přednesl příspěvek o **traumaterapii**. Výbor souhlasí s návrhem a je ochoten návštěvu podpořit event. i finančně / max. 1.500.- Kč /. S.Kačenová bude přednášejícího kontaktovat a domluví podmínky jeho účasti.

4. Logo

Volba loga SPPS proběhla v termínu od 11.8. do 10.9.2008. Z 34 došlých hlasů bylo 19 platných, 9 členů hlasovalo pro verzi A, 10 členů pro verzi B. **Vítězem hlasování se stalo logo B** / loga jsou uveřejněna na www.sp-ps.eu /.

Na říjnovém setkání Sdružení nabídli PhDr. H.Pavlátová a MUDr. F. Irmiš, že do konce roku 2008 připraví **nový návrh loga**. Tato nabídka byla podpořena většinou účastníků setkání.

Z důvodu nových návrhů logotypu a jejich většinové podpoře se výbor SPPS usnesl, že **užívání vítězného loga pozastavuje**. Nové návrhy logotypu přijímáme osobně nebo na adrese psm.cr@volny.cz do 10.ledna 2009. Návrhy loga budou předloženy k projednání a event. volbě na členské schůzi SPPS dne 23.1.2009.

Zapsal: MUDr.Ondřej Masner, MUDr.Eduard Rys

Zápis z výboru psychosomatické sekce 25.11.2008

Přítomní: V.Chvála, J.Šimek, M.Konečný

Omluveni: R.Pánková, J.Poněšický

Program:

1. Zpráva o 12.celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci (viz příloha). Výbor konstatuje, že konference byla úspěšná, program (40 příspěvků) bohatý, organizace spolehlivá. Pozoruhodný je fakt, že většina z přihlášených (205) účastníků přijela (202) a také zůstala po celou dobu konference, což se týká také řady přednášejících. Složení účastníků pestré, hlavně lékaři a psychologové, což odpovídá našemu záměru šířit psychosomatickou medicínu především v oblasti zdravotnictví. Roste počet pracovišť, která nabízejí psychosomatickou péči. Pro příští konferenci za 2 roky zvážit, zda zůstat v prostoru Krajské knihovny v Liberci, nebo hledat jinou možnost s větší kapacitou. Ekonomicky se jeví akce jako zvládnutelná i bez finančních příspěvků farmaceutických firem. Zvažujeme také téma příští konference: Praxe a

výzkum v psychosomatice. Trauma a psychosomatika. Veřejné zdravotnictví a psychosomatika. (Chv.)

2. Materiál pracovní skupiny pro Základní psychosomatickou péči. (příloha) Materiál připravený a přednesený již na 12.celostátní konferenci psychosomatické medicíny byl prezentován také na kongresu Psychiatrické společnosti ve Špindlerově mlýně. Byl diskutován na výboru České psychoterapeutické společnosti ČLS J.E.P. a zde získal podporu. Dále prošel diskusí na nezávislém fóru Sdružení pro psychosomatiku o.s. (Masner, Roubal) a připomínky byly zapracovány. Výbor schvaluje materiál v tomto znění a pověřuje předsedu, aby prostřednictvím prof.Drtílkové informoval výbor PS ČLS J.E.P. případně jednal osobně s výborem PS. Současně navrhujeme poslat materiál výboru společnosti praktických lékařů s žádostí o jejich stanovisko.
3. O pokračování spolupráce psychosomaticky orientovaných terapeutů s diabetologickou společností referuje MUDr.Konečný. Iniciátorkou spolupráce je doc. MUDr. S. Lacigová z výboru diabetologické společnosti, pracuje ve FN UK Plzeň na interní klinice. Spolupráce se po konání konference na konci r. 2007 úspěšně rozvíjí.
4. Návrh na Cenu Jana Poněšického (dotovaná 1000 EU), která byla vyhlášena na 12.celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci. Dosud přišel jen jeden návrh a to na dvojici MUDr.Ondřej Masner a PhDr.Pavel Roubal, za realizaci nezávislého sdružení pro psychosomatiku o.s. a aktivitu ve prospěch psychosomatické medicíny. Cena by měla být udělena jednou za 2 roky vždy u příležitosti celostátní konference.
5. Plán akcí na rok 2009:
 - a. v září máme na starosti odborné téma odpolední části schůze PS
 - b. podpora pracovní skupiny pro zavedení základní psychosomatické péče v ČR
 - c. vydávání Psychosomu 6x ročně
 - d. příprava 13.celostátní konference psychosomatické medicíny na rok 2010
6. Různé:
 - a. informace o otevření Psychoterapeutického a psychosomatického oddělení v Nemocnici Ostrov, jejímž spolujednatel je nově také Doc. Kolář z FN Motol. Od ledna 2009 zde vznikne soukromá rehabilitační klinika, která pod jeho vedením připravuje mj. také spolupráci s naším psychosomatickým oddělením. Na slavnostní otevření bylo pozváno celkem 70 hostů, blahopřání zaslali prof. Raboch, prof Höschl, doc. Praško a další.

b. O zahájení pregraduální výuky psychosomatické medicíny podle učebnice Základní psychosomatická péče (Portál 2008) informovala členy výboru doc.Bendová vedoucí Ústavu lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně. „Výcvik“ 30 hodin byl dán do 2.ročníku jako povinný předmět tj. projde jím 368 studentů. Výbor doporučuje neužívat pojmu „výcvik“ pro 30 hodinový kurz v komunikaci a psychosomatické medicíně a také nedoporučuje jednat s pojišťovny o případném certifikátu pro studenty, kteří tímto kurzem v pregraduálním vzdělávání projdou, protože je to nesystémové.

c. Informace o stále se snižující účasti na kurzu katedry psychiatrie IPVZ „Úvod do psychosomatiky“ (doc.Beran)- poslední byl zrušen (10 přihlášených). Výbor doporučuje přizpůsobit obsah tříletého kurzu potřebám Základní psychosomatické péče podle učebnice a připraveného materiálu.

d. Informace o internetovém časopise Psychosom. Vychází stále 6 x ročně, bez finanční podpory. Drží si dobrou úroveň. Stabilně odebírán cca 250 stálých čtenářů. Znovu požádáme MZd.o finanční podporu. (Chvála)

7. Termíny setkání výboru v příštím roce (prosím, počítejte aspoň celé odpoledne na setkání a diskusi, aby ti, kdo jedou zdaleka –Poněšický, Konečný- nejeli zbytečně) navrhuji

a. 31.3. 2009 (úterý) ve 14 hodin v Ověnecké 34, Praha 7.

b. 2.9.2009 (středa) v 10 hodin v areálu psychiatrické kliniky (odpoledne purkyňka)

c. ostatní průběžně mejlem

Zapsal dr.V.Chvála

26.11.2008

Z 12. KONFERENCE

MUDr. Martin Konečný: NEUROBIOLOGICKÁ REVOLUCE V MEDICÍNĚ a RENESANCE PSYCHOSOMATIKY

možnosti, rizika, úkoly pro další směřování

M. Konečný, Psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, Ostrov n. Ohří

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

zájem o psychosomatiku stejně jako o psychoterapii v éře psychofarmakologické revoluce poklesl, dnes však znovu ožívá. Psychosomatika, zejména v německy hovořících zemích, zažívá novou renesanci a prosazuje se jako důležitá, legitimní součást psychiatrie. Na počátku 21. století můžeme již s jistotou prohlásit, že spor mezi biologickou a psychoterapeuticky orientovanou psychiatrií byl zásadním nedorozuměním, že oba přístupy mají svou platnost a lze je chápat jako dva rovnocenné pohledy na lidskou existenci.

Biologický pohled na člověka je založen v karteziánském paradigmatu, které dalo vzniknout vědě, jak ji známe dnes, a o něž se opírá také celý proud vědeckého lékařství, tzv. Evidence Based Medicine. Nebiologizující pohled na člověka opřel svou vědeckou podobu o paradigma relativistické, které je v medicíně spojeno především s vystoupením profesora Sigmunda Freuda a francouzského lékaře a badatele Pierra Janeta¹. První z nich rozšířil teorii nevědomí a vnesl ji do oblasti medicíny, druhý jako vůbec první přišel s teorií tzv. automatických psychologických procesů. Právě relativismus v medicíně umožnil vznik psychosomatiky.

Asi v polovině 20. století se začaly rozvíjet systémové, systemické a také kybernetické myšlenkové směry, které Evidence Based Medicine ovlivnily jen minimálně, zásadním způsobem však posunuly vývoj psychoterapie a psychosomatiky, jež se po několik desetiletí odvíjely nejen z relativistického, ale nově také z holistického základu. Od holismu vývoj dospěl až k deterministickým teoriím. Na základech determinismu se rozvíjela genetika a v posledních desetiletích také v mohutném rozmachu neurobiologie. A právě díky ní se psychosomatika propracovala od analytických základů přes holistická obohacení až ke svým deterministickým souvislostem. Díky

¹ Pierre Marie Félix Janet 1859 – 1947, pozn.red.

neurobiologii dnes psychosomatika získává postupně zpět respekt biologicky orientovaných lékařů.

Chci dnes uvažovat o tom, kam konkrétně se psychosomatika čerpající z pokroku neurověd posunula, a co z tohoto vývoje pro medicínu konkrétně vyplývá. Zdá se totiž, že revoluci dneška nepředstavuje již psychofarmakologie a možnost ovlivňovat duševní pochody biologickou cestou. Tou aktuální revolucí je skutečnost, že neurobiologie otevřela prostor pro nový způsob komunikace mezi biologicky orientovanými lékaři a psycho-odborníky – psychology a psychoterapeuty. Možná až z odstupu času budeme moci docenit význam toho, že se na přelomu století propojily dosud paralelně probíhající proudy medicínského myšlení – čistě biologického, mechanistického uvažování o člověku, s paradigmaty holistickým či relativistickým, jimž je společný neredukující pohled na lidskou existenci. Pojítkem, který tuto revoluci dneška umožňuje, je právě neurobiologie.

Za samozřejmé dnes již považujeme zjištění, že CNS disponuje obrovskou plasticitou, jež dovoluje uchovávat paměťové stopy v podstatě po celý život. Víme, že neuronální reprezentace představují jakýsi emoční tendr, díky němuž psychické, behaviorální a sociální zkušenosti nemocného, respektive jejich emoční koreláty, významně spoluurčují aktuální zpracování podnětů v CNS. Např. při vnímání bolesti hovoříme o tzv. efferentní modulaci. Výsledný klinický obraz modulovaný z CNS není již vysvětlitelný pouze na základě kauzálních souvislostí řady biologických faktorů působících v místě poranění nebo zánětu; ty se etiologicky na vzniku klinického obrazu podílí SPOLU s psychickými a sociálními faktory, které jsou emočně „zapamatovány“, fixovány, jako stopy konkrétních prožitků sítí neuronálních propojení. Biologický základ nemoci (a biologický stav organismu vůbec!) je tedy – a to je pro Evidence Based Medicine ono revoluční novum – neustále a zcela konkrétně spolutvořen (modulován) psycho-sociálním kontextem. A psychosociální modulace je podstatou toho, čemu říkáme psychosomatické onemocnění. Neurobiologické objevy tak v sobě implicitně obsahují objasnění psychosomatického charakteru možná dokonce většiny patologických stavů. To je skutečná revoluce! Při tom si dnes sotva vzpomeneme, že ještě v dobách našich studií o plasticitě mozku nikdo nic netušil.

Přichází proto doba, kdy se neurobiologie a s ní i psychosomatika nutně stanou součástí studia medicíny. Tak to nevnímáme pouze my, psychosomatičtí lékaři, uvažují tak i mnozí pacienti. V lednu tohoto roku se v LN objevil článek, v němž se stonající autor ptá (cituji): *„Kde se má v lékařích vzít ona schopnost nevidět v pacientovi pouhou věc či položku, biologický stroj, ale prožívající lidskou bytost nadanou vlastní zodpovědností a rozumem?“* a dále pokračuje: *„Ministrovy úvahy jsou správné potud, pokud postihují, co je třeba změnit – zásadním způsobem poopravit vztah mezi pacientem a lékařem. ... Doporučuje-li však ministr Julínek dialog ... musí systém takový prostor ekonomicky vytvořit. A školství musí vychovat lékaře, kteří budou pacienty vnímat jako lidi!“* (konec citátu)

Proces sblížení mezi psycho-obory a somatickou, na evidenci založenou medicínou má však – jako každý revoluční proces – také svá rizika, na která je v době počínající diskuze o změnách ve výuce na lékařských fakultách dobré upozornit. Chci na tato úskalí v této přednášce poukázat a zároveň zdůraznit, že vyzdvižení neurovědy jako dorozumivacího jazyka mezi různými směry lékařství není hlavním a už vůbec ne jediným přínosem psychosomatiky pro medicínu. Psychosomatiku nelze redukovat na pouhou neurobiologii. Psychosomatika má své hlavní kořeny v psychoanalýze, psychoterapii a systemické terapii, a jejím stěžejním úkolem je proto rozšiřovat uvědomování sebe sama, cestou terapeutického vztahu posilovat zdravé základy osobnosti a zlepšit schopnost jedince obstát v rodině i širší komunitě s těmi rysy, které jsou maladaptivní, ale nedaří se je ani intenzivní terapií ovlivnit. Je třeba, aby to samé, co psychosomatika dokáže přinést na úrovni interpersonální svým pacientům, dokázala poskytnout v dimenzi mezioborové pro samotnou Evidence Based Medicine. Tzv. vědecká medicína potřebuje nezbytně reflektovat samu sebe, posílit své zdravé základy a zároveň si (ve svých reprezentantech, samozřejmě) uvědomit „ty rysy, které jsou maladaptivní“ a naučit se s nimi zacházet.

Pohledme tedy na kontext, v kterém vznikla a působí Evidence Based Medicine. Moderní lékařství, stojící na fantastické technice a zacházející s téměř zázračnými substancemi, které dokážou „zakrýt“ jinak jen obtížně odstranitelné příznaky nemoci, je nedílnou součástí západního mechanistického světa, který tuto mechanickou medicínu stvořil. Je to svět, který se zřekl vážnější ambice na dosažení transcendence běžné zkušenosti a který na místo otázek po metafyzické skutečnosti dosadil „odpovědi“: hesla o lidské svobodě a individualitě. Je to svět, který postmoderní filozofií nepozorovaně umlčel skutečné filozofy hledající pravdu přesahujícího Bytí, argumenty své pozitivistické vědy odsunul každou intuitivní zkušenost mezi „nevalidní a statisticky nevýznamné jevy“, a namísto duchovního života individua a bohatství lidských vztahů dosadil *konzumně mediálně soutěživé* pojetí existence. Spotřeba a mediální kultura usilují o to stát se hlavní náplní života „západního člověka“ a bezduché zápolení o cokoli a v čemkoli se pokouší zaplnit prostor pro možnost hlubokého mezilidského setkávání. Znít vám tato charakteristika příliš hlubokomyslně? Nebo moralisticky? Či snad intelektuálně? Opět se odvolám na nemocného sloupkaře Lidových Novin, který ve svém lednovém úvodníku promlouvá za osvícenější část pacientů (cituji): *„Pozitivismem, redukcionálním a mechanistickým výkladem světa, tedy i lidského těla, trpí celý západní svět. Špičkové diagnostické přístroje redukují výkon lékařů na interpretaci nálezů, které jim tyto poskytnou. ... Pacient se tak dostává na zdolnou cestu od přístroje k přístroji a je jen otázkou štěstí, jestli nepadne dříve, než si tuto cestu proklestí.“* (konec citátu) Zdá se tedy, že nejsme se svou temnou reflexí západního světa a vědecké medicíny tak zcela osamoceni.

Existence pokleslá do spotřeby, mediálního šílenství a soutěžení stojí také v pozadí tzv. moderní medicíny. Její boj s ne-mocí, který se odehrává

před zraky diváků jako „boj za záchranu lidských životů vedený ve jménu humanity“, je zároveň, ne-li podstatně, orientován na udržení moci: na co nejrychlejší obnovení práce schopnosti a tím zachování možnosti produkovat další výrobky na jedné straně a výrobky spotřebovávat na straně druhé.

I samotná medicína představuje sféru konzumace: zajišťuje produkci a odbyt drahých přístrojů a léků. Nesčetněkrát bylo poukázáno na působení farmaceutických firem, které usilují o zvýšení spotřeby nových léčiv ovlivňováním lékařů. Méně často si všímáme toho, jak my sami, „západní lidé“, vytváříme nenápadný tlak na vývoj takových „moderních léků“. Vyvolává ho naše neuvědomovaná obava z případného odhalení zbytečnosti a marnosti lidského života, z absence smyslu celé kosmické existence a ještě hlouběji vytěsněný strach, strach z konečnosti času a ze smrti. Zeptejme se novinářů, co zaručeně zvedne náklad nebo sledovanost jejich novin či pořadů! Tragédie? Ano. Aféra? Jistě. Ale co ještě víc? Je to samozřejmě objev nového léku proti rakovině! Taková zpráva letí od úst k ústům, lidé si ji předávají všemi komunikačními cestami, čtenáři skupují v trafikách výtisky po několika kusech, aby měli pro nemocnou maminku, babičku i tetičku... Je třeba vědecké medicíně reflektovat, že za jejím rozmachem stojí možná největší pandemie v dějinách lidstva. Jde o smrtelnou epidemii strachu ze smrti. Vlna thanatofobie zasáhla celou Evropu, severní Ameriku, Austrálii a šíří se dál. Jen a jen proto chrlí farmaceutické firmy další a další medikamenty. Proto se objevují stále dokonalejší přístroje k diagnostice i léčbě.

Medicína sama se tak zároveň dostává, aniž o to snad původně stála, pod světla reflektorů, stává se součástí mediální show oslavující radostný život zbavený smrti. Televizní kamery přenášejí průběhy úspěšných operací, nahlízejí do ordinací, patientských pokojů a dokonce i do tělesných dutin a orgánů. Doktoři vystupují jako hrdinové oblíbených seriálů a jejich práci, která se odevždy odehrávala ve skrytosti a byla hlavně intimním setkáním mezi lékařem a pacientem, semílá mediální stroj na zábavu jako všechno ostatní v našem světě. Odvrácenou tvář této léčebně-preventivní show jsou ústavy pro dlouhodobě nemocné, kde bez zájmu kohokoliv – médií a dokonce často samotných rodin – umírají staří lidé, pro které nezbyvá ve světě spotřeby, zábavy a úspěchu žádné místo. Ve skutečnosti jsou tyto léčebny našimi Domy děsu, jež jsme odklidili na periferii proto, abychom mohli zapomenout, že vůbec existují. Zatímco Egypťané umísťovali své Domy smrti do chrámů a ve smrti viděli smysl svého jinak bezvýznamného pozemského žití, my jsme se uchýlili do opačného extrému: smrt jsme ze života exkomunikovali, svůj svět jsme zabydleli Hružou ze smrti a smysl jsme opřeli o nejpochybnější fenomén, kterému se podívoval už Platón v podobenství o jeskyni: o fenomén úspěchu.

I honba za úspěchem a poblázněné soutěžení velmi silně evidence based medicínu ovládají. Všude to slyšíme: nejkvalitnější péče, nejlepší operatér, nejdříve provedená transplantace, nejrychlejší léčba, nejúčinnější zákrok, nejvíce titulů před jménem, za jménem, samá nej, nej, nej. Jakoby utrpení nemocných bylo jen závodním, na kterém se předháníme o to, kdo z nás se stane nejúspěšnějším šamanem moderní medicíny. I tuto skutečnost je

EBM a somatickým lékařům třeba reflektovat. Jistěže mnoho z nás i z nich přesně tento způsob výkonu lékařského povolání odmítá, vnitřně jsme se s ním nikdy neztotožnili, ale i tak jsme všichni vystaveni tlaku svých pacientů, kteří si přejí „hlavně to zdravíčko“ a když už náhodou musí stonat, tak „hlavně rychlé uzdravení“. Ještě citelnější tlak pocítujeme všichni ze stran pojišťoven nebo majitelů zdravotnických zařízení, kteří chtějí zpravidla co nejrychleji zbohatnout, a také médií, která usilovně hledají látku k výrobě zábavy pro kulturní a informační spásání spotřebitelů. Kdo z nás si v ambulanci nepřipadal alespoň někdy jako štvanec? Ve skutečnosti se štveme stále, abychom obstáli v systému, který je vystaven jako obrovský závod, v němž se honíme s pojišťovny a „spotřebiteli léčebné péče“ okolo stadionu nazývaného Zdravotnictví.

Psychoterapie a psychosomatika spolu s ní nabízí soutěžícím spotřebitelům a závodníkům možnost stát se znovu lidmi; nabízí jim namísto *hesel* o svobodě a lidské individualitě *cestu* ke svobodě pravého Já. To samé psychosomatika může učinit pro medicínu samotnou. Pokud by to nedělala, pokud by neupozorňovala, že se medicína postupně stala pouhým nástrojem spotřeby, nechtěnou obětí mediálního běsnění a že byla vtažena do tupé hry na předháněnou, sama by nepozorovaně poklesla do „horoucích pekel blahobytného spotřebitelského vřezdraví“, které hrozí skončit – po spotřebování všech zásob – globální katastrofou. Zdá se mi, že psychosomatika je tím oborem, který – díky neurobiologii lépe než psychoterapie samotná – může medicínu vyvést z jejího vlastního snu o humanitě a provázat ji k humanitě skutečné. Tak jako může pacientům nabízet nikoliv jen rychlé uzdravení, ale také návrat od odpovědí k otázkám, od moci a nemoci k objevování všech lidských možností, stejně tak medicínu může směřovat znovu k jejímu původnímu poslání: od uzdravování pacientů spotřebitelů k uzdravování našeho společného lidství.

Jaká je tedy úloha psychosomatiky v dlouhodobém výhledu s přihlédnutím k těmto rizikům? Podle mého názoru by bylo dobré, aby psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti začala usilovat o zařazení „neuro-psycho-somatiky“, dovolíte-li tento termín, mezi obory, které jsou vyučovány na lékařských fakultách. Zatímco by teoretická výuka neuropsychosomatiky měla být povinná, sebezkušenost v psychoterapeutické skupině by mohla být pouze volitelným předmětem studia. Pokud budeme uvažovat o postgraduální přípravě, je přání, aby se stal několikaletý psychosomatický výcvik součástí předatestační přípravy ke všem klinickým oborům, jistě neuskutečnitelným ideálem. Reálné však je, aby byla neuropsychosomatika na teoretické úrovni také součástí předatestační přípravy somatických lékařů.

Prvním naším cílem tedy může být začlenění dostatku informací o bio-psycho-sociální povaze většiny onemocnění do studia klinických oborů tak, aby promováný lékař vnímal psychosomatickou povahu patologických stavů jako samozřejmost, a atestovaný lékař měl jasné povědomí o tom, že je s touto skutečností spojen zcela konkrétní nárok nejen na komunikaci s jeho

budoucími pacienty, ale také se sebou samým. V dobrovolné části své přípravy by se somatičtí lékaři mohli zúčastňovat výcviků, kde by procházeli sebezkušenostním vzděláváním a rozvíjeli tak své předpoklady pro takovou léčebnou komunikaci.

Dalším, vzdálenějším cílem psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti by se mělo stát úsilí o zavedení supervizí na somatických pracovištích např. formou balintovských skupin. Výcvik a supervize představují myslím jedinou cestu od tzv. humanistické medicíny založené na EBM k lidštějšímu (psychosomatickému, chcete-li) lékařství založenému na vztahu mezi lékařem a pacientem.

TEORIE

PhDr. Helena Kalábová: NEMOC JAKO PŘÍLEŽITOST K PÉČI A POZORNOSTI

Text byl přednesen na Libereckých psychologických dnech v říjnu t.r.

FILOSOFIE TĚLA

Cartesiánský pohled na svět vede k pomyslnému rozdvojení člověka na část objektivní (tělo, myoskeletární systém, struktura, karteziánské RES EXTENSA) a na část subjektivní (mysl, psychika a teologicky orientovaný řídicí princip, karteziánské RES COGITANS).

Hodnocení člověka jako myslícího subjektu není podle cartesiánského pojetí předmětem vědeckého objektivního hodnocení. Lidská bytost byla proměněna na fungující stroj, jehož „ozubená kolečka“ do sebe musí zapadat, dráhy sil se nesmí křížit a kauzalita procesů musí odpovídat představě přírodních zákonitostí.

Zapomnělo se, že člověk cítí, je pod vlivem emocí, motivací, že láska, nenávist a závist není k nalezení v žádném orgánu jeho těla a přes toto provází jeho celý život bez možnosti zvážení, změření či pochopení.

Terapeut pracuje se svaly, klouby – nikoli z úzkostnou osobou, která svoji nemoc prožívá, má svůj příběh stonání bez ohledu na seznam klasifikace nemocí či bodový systém pojišťoven. Tělo má vlastní způsob rozumění,

vnímání, má vlastní paměť a nelze mezi jeho dvě složky – tělo a duši klást protiklad.

Nemoc, vyjádřenou příznakem, lze považovat za poruchu rovnováhy, projevující se na tělesné, psychické, sociální a spirituální rovině. Jedná se tedy o jistou formu dysaretace. Na misce vah má tělo a mysl podobnou váhu, proto zpracování duševních témat nelze od léčby oddělit. V obraze nemoci –resp. obtíže se ztělesňuje základní princip, který je na úrovni nevědomí. Orgánové založení medicíny s cílem léčby na určitou oblast celostní pohled znemožňuje, léčba je orientována na struktury tělesné, izolované řešení bere v úvahu pouze biologický kontext a léčba probíhá v rovině technické –techné.

Celostní pohled na svět se zachováním bio-psycho-sociálně-spirituálního vzorce počítá s řídicí funkcí nervové soustavy, která svým autonomním projevem ovlivňuje celý organismus. Tím, že FUNKCE VYTVÁŘÍ ORGÁN má řídicí systém vliv na celkovou činnost, ale má také formující účinek (otázka živé představy). MYSL jako nejvyšší úroveň řízení není sice viditelná ani uchopitelná, má však své projevy v autonomních procesech a v chování pacienta. Jinými slovy – mentální pochody se promítají do držení těla, do celkového pohybového chování a od toho se dále odvíjí i dlouhodobé přetěžování partií těla, zvýšené svalové napětí či chybné osově postavení.

Chceme-li pracovat s tělem, musí být splněná základní podmínka, kterou je vyrýsování na nějakém naprosto konkrétním, určitém pozadí. Hranice mezi kontrastním pozadím a tím, co hledáme, nám vyjeví předmět. Světlo, ve kterém vyvstávají hranice mezi předmětem a pozadím je smysl – tím se nám vyjevuje hledané. Nasvítíme-li lidské tělo světlem descarterským a galileovským, uvidíme těleso. Dokážeme-li lidské tělo vidět v jiném nasvícení – noncartesiánském, má toto „tělo“ jinou hodnotu, vyvíjí se, roste a zasahuje do okolního světa a jeho povrch je výsledkem protikladů (agrese vnější a vnitřní). Výsledkem tohoto je váš vzhled – PERAS naší tělesnosti. Tělo je tímto v určitém tvaru a tvarovost je spojena s FYSIS (s růstem, FOOS – světlo, růst, zjevení, vystoupení ze skrytosti). Naší tělesnost možno tedy chápat jako rozhraní mezi tělem a ne-tělem.

Rozhraní je v neustálém pohybu, v dynamice vzniku a umírání. Pracovat s tělem znamená vědět o této podvojnosti – vztahování těla k jinému světlu a k vlastnímu jáství. Tělo disponuje vlastním rozuměním, není však fixované v pojmech a proto je často jeho informace v přímém rozporu s informacemi mysli. Pocitově se tělo odděluje od svého okolí. Tělo v pojetí SOMA je vnějškem, je to rozhraní mezi tělem a ne tělem. Tělo ve smyslu SARX je oním vnitřkem pod kůží a soma i sarx prostupuje PEXIS – tělo oduševnělé a dává celému tělu výraz PERAS. SOMA, SARX, PEXIS tvoří celek- HOLOS.

Dle M. Pontiho je tělo chápáno jako holonymní řád tvořící tělesné schéma nestrukturálního charakteru, nemající okraje (margo) vytvářející jeden celek propojením mysli, vůle, citu a motoriky v jednom časovém úseku. Tělesné schéma zde funguje jako pozadí, na kterém se ukazují jednotlivé části a vyvstávají tvary našich pohybů. Má dvě tváře – strukturální, která má okraje

(margo) a nestrukturální, která okraje nemá a lze jí chápat jako POZADÍ. Člověku je tak vlastní, že o jeho existenci neví a v okamžiku, kdy dojde k „setření“ či změně (rozbití tělesného schématu) je tento stav vnímán jako obtíž nebo neschopnost pohybové či jiné funkce. Tělesné schéma je z pohledu fenomenologie obloukem mezi re-tencemi a pro-tencemi, pozadí je in-tence (intencionalita). Fenomenologicky lze tělo pochopit jako NOEZI, jež v sobě nese svého ducha a duši jako NOEMA. Noema a noeze jsou základními pojmy intencionality, což je podstata všech našich aktivit i pasivit.

Noeze se pojí k „JAK?“ a *noema* k „CO?“. Všechny aktivity a pasivity charakterizují celkovou existenci člověka.

TĚLESNĚNÍ - je tedy noezí, je zvláštním pohybem těla (myšleno soma, sarx i penis) vpřed, je vedeno rukou směrem k věcem kolem nás (v horizontalitě) a dále řečí, která nás táhne do vertikality (*transcendence*). Vyhmatávání životního prostoru je hledáním cesty životního pohybu, o něm nejlépe hovoří Jan Patočka ve svých třech životních pohybech a o tomto je také fenomenologie Husserla a Heideggera.

Touto problematikou se podrobně zabýval newyorský neurolog Oliver Sacks ve své práci „Na čem si stojím“. Po úraze kolenního kloubu došlo u něj postupně k hypotonii až svalové atonii u čtyřhlavého stehenního svalu. Výpadkem z tělesného schématu celé končetiny byl Sacks zděšen.

Stav popisuje jako situaci „kdy předmět ležící v jeho posteli v místě jeho levé dolní končetiny je zcela něco jiného, co s ním nemá nic společného“. Situace byla komplikovaná i tím, že sám lékař (neurolog) nebyl v tuto chvíli pochopen nikým ze svých kolegů. Teprve v rekonvalescenci měl možnost konfrontovat své pocity s ostatními pacienty. Zjistil, že mají totožné pocity, že vědomí vlastní tělesnosti úzce souvisí s možnou funkcí. Tak, jak se obnovovalo vědomí vlastní končetiny, bylo umožněno i automatické zařazování do pohybových stereotypů. Izolované snahy o pohyb či svalovou aktivitu nevedly zprava k žádným výsledkům. Chyběla informace, jak pohyb provést i pocit jakékoliv zkušenosti .

Obraz těla není pevný, jak předpokládá mechanická, statická neurologie. Obraz těla je dynamický a tvárný – stále musí být přetvářen, doplňován a dle nahodilých zážitků se i radikálně reorganizuje (oblast fenomenologie těla a tělesnění).

Jedná se tedy o neustálou ARETACI (obnovování jednoty, harmonizace základních ontologických protikladů). Opakem aretace je DYSARETACE, což je rozbitá schopnost balancovat a harmonizovat, výsledkem je NEMOC ve smyslu nemožnosti či neschopnosti uskutečňování svých možností (viděno Heideggerovsky). Tím není neplněna DYNAMIS. Růst a výběr nejlepších možností je komplikován „nemožností pohybu na cestě, situací sochy“. Není naplněna ENERGEIA a ERGON (vnitřní účel a skutek). Situace je provázána strachem, úzkostí a zúžením otevřeného světa.

NE-MOCÍ ztrácí pacient svoji výkonnost, což ho činí ještě více úzkostným, ztrácí legitimnost a nemůže se ubezpečovat o své existenci. Tak

není naplněn TELOS (účel vnější, horizont). Neurčitost za horizontem je děsivá a situaci komplikuje vzrůstající úzkost a tím zhoršující se stav pacienta. Cílem účinné léčby není snaha o navrácení do původního stavu (technaie), ale vyaretování života, v němž se individuální dokonalost naplní do svého pravého tvaru. Pouhé orgánově zaměřené léčení nemůže tohoto docílit. Chceme-li tedy pracovat s tělem, musíme vědět o jeho arché, dynamis, entelechei a o jeho telosu. To vše je obsaženo v lidském činu, který je možno označit jako skutek-ergon. V ergonu je tvar duše člověka, proto ptáme-li se na člověka, ptáme se na čin, což je stopa po lidském pohybu. V tomto kontextu je výkon ukazatelem - je to život sám, který každý nese, snáší a v různě rozvinuté formě vykonává. Cílem Epimelei- péči o duši je možnost rozvinutí konkrétních možností daného člověka do maximálně možné šíře. Životní pohyb se rodí, je to ale zcela něco jiného, než pouhé vznikání. Podstata života je dána v arché, člověk ho nevypracovává, ani nevolí, je mu předem dán. Co to však je? Látka našeho těla, obsah myšlení nebo obsah genetické výbavy každého člověka? Dle Martina Heideggera je to dispozice k pohyblivosti, k životnímu pohybu, ale jako dispozice se představuje i to, do čeho je člověk během života vnořen. V nemoci či handicapu je člověk omezen v možnosti životního pohybu, jsou to okolnosti, za kterých se tělo TEMATIZUJE-bolest, porucha, dysfunkce, nemožnost hybnosti apod. I klasicky orientovaná medicína připouští duševní podmíněnost vzniku některých onemocnění.

Sudeckova.neurodystrofie s poruchou prokrvení, bolestivostí, otokem a omezením pohybu končetiny, má biologický ale také psychosociální kontext-přerušování zásobování, odejmutí schopnosti pohybu ve smyslu usmrčení tkáně v těle.

Přeneseno do oblasti psychické

Fenomenologicky nemá tělo ruku, ale ruka má tělo, je přesahem člověka do transcendence: logos-počátek, slovo, kosmos, celek ve smyslu Holos, porucha transcendence- nemožnost přesahu člověka, omezení jeho existence.

Vždy se dotýká všech základních fenomenů, o kterých Heidegger hovoří- t.zn. Arché-počátek, dynamis, ergon, entelecheia, telos.

Zpracování probíhá v rovině rozpoznání symbolického významu, odpovídajícímu postižené části s přenesením do konkrétní situace pacienta-co se snaží vyhladovět a zničit.

Jedná se o snahu zřeknutí se témat, která jsou v nestrukture- myslí a do struktury – těla se projikují.

Zde je velice důležité hermeneutické rozkrývání nemoci. Jedná se o fenomenologické pochopení kontextu nemoci- obtíže pacienta. Ne-rozumění obtíži, nechápání, proč je bolest, či neschopnost vykonávat určité výkony (nemoci se ozřejmovat ve své existenci) vyvolá v člověku neklid, nepokoj, zhoršuje bolest a frustraci.

Fenomenologicky se jedná o zastavení v čase, setrvání na postojích, porucha hybnosti na úrovni tělesné znamená poruchu hybnosti i v rovině mysli - v přeneseném slova smyslu "nemohu to řešit". V této situaci nezáleží na míře onemocnění či neschopnosti, jako na tom, jak vystupuje do popředí u konkrétního člověka a jak se tematizuje.

Při svém sebeumístování do světa každý člověk naráží na druhého člověka. Druhé JÁ, které je pro něho vlastně TY (což je termín z Patočkovy fenomenologické personální struktury), Buberovo- JÁ a TY se setkává, JÁ se poprvé vidí očima TY a opačně. Právě v tuto chvíli se nemoc TEMATIZUJE, tj. vystupuje do popředí. Nezáleží ani na míře zneschopnění, jako na tom, jak k tomu daný člověk, který obtíž má, přistupuje.

Nemalou úlohu zde hraje i zjevnost-na první pohled viditelné či odlišné od druhých lidí. Reakce TY na JÁ ovlivňuje sebepojetí JÁ.

Co je z pohledu fenomenologie dysaretace ?

Je to stav, kdy se některý orgán v těle začne oddělovat od celku, začne se vyhraňovat, stanovovat si vlastní zákony, nastává bolest, porucha funkce a tento stav označujeme jako MONARCHIA.

Poslouchá-li orgán celek, funguje na pozadí celistvosti, tělo je zdravo a stav se nazývá ISONOMIA. Oddělování od ZÁ-KLADU znamená bolest.

Zdraví tedy není jen stav fyzické, psychické a sociální pohody, ale je pohybem, úsilím a realizací ARETÉ.

Areté vzniká, když vnitřní účel -Entelecheiá a vnější účel- Telos jsou navzájem prostoupeny. Dle Patočky je to úsilí člověka o prohlédnutí celku v zasazení do konkrétní situace. Je to něco pevně určeného, co se děje v konkrétních situacích. K tomu je zapotřebí uměřenosti - sófrosiné, nezabydlovat se příliš, neulpívat na pomíjivosti, akceptovat míjení. Na cestě je jáství středem úsilí tendující od Entelecheie k Telos. Pokud toto platí, můžeme hovořit o zdraví, o Aretaci těla a duše.

Léčení příčiny nemocí se nazývá IATREUSIS, je zaměřeno na konkrétní místo bolesti či obtíže, terapie je vedena orgánově. Toto léčení představuje koncept bez celkové intencionality, není zde zahrnuto Dasein pacienta a terapeut se netáže na podstatu nemoci. Co si pod tímto představit?

Jsou to otázky, které v sobě skrývají podstatu bytí, husserlovsky řečeno, universální styl světa. Není to nic jiného, než náš vlastní styl, v němž se setkáváme s bytím jako s celkem.

Každá nemoc je ztrátou svobody a možností, možnosti jsou otevírány v otevřenosti světa, nemoc tuto otevřenost znemožňuje, uzavírá cestu k dialogu. Toto vše se musí vzít v úvahu při terapeutické intervenci, pak teprve lze hovořit o léčení zahrnující celostní přístup ve smyslu HYGIENSIS.

Rozumět lidskému životnímu pohybu znamená rozumět jeho existenci, tj. vědět, kam člověk směřuje (telos), z čeho vychází (arche), do jakých situací se dostává (dynamis) a jak řeší situační ataky (energeia). To vše je možno vyčíst z ergonu- činu-tj. ze skutku. Tyto skutky je ale nutno číst hermeneuticky. Rozkrývat *telos, arche, dynamis a energeia* - to je léčení ve smyslu *hygiensis*. Vždy to znamená vynést něco na světlo, postavit to do světla. Správné chápání je následkem vidění, dokazování má stejnou formu jako popisování, ovšem spolu se světlem, jež popisované obklopuje.

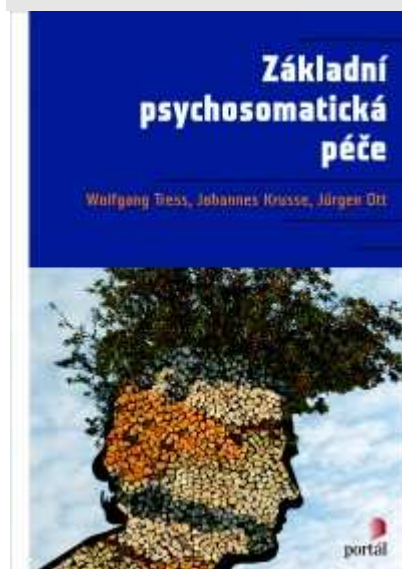
Lidský život, pojaté jako neustálé originální rození se do nových situací je životem autentickým, a to proto, že je vždy absolutním celkem, podmíněným absolutní jedinečností jeho prožívání.

Ráda bych zakončila myšlenkou Carlose Castanedy- Brát vše, co v životě přichází jako výzvu, znamená být bojovníkem.

V Liberci, září 2008

PhDr. Helena K a l á b o v á

Matthias Franz a Johannes Kruse: Časté neurologické klinické obrazy nemoci



(z knihy Ott J., Kruse J., Ott W.: Základní psychosomatická péče, Portál 2008, *publikováno se svolením nakladatelství*) Jako příklad zpracování jednotlivých oborů z pohledu psychosomatické medicíny dnes uvádíme u nás velmi zanedbávanou oblast ortopedie.

16.1 Bolesti hlavy

→ **Klinické obrazy nemoci:** psychosomatické aspekty jsou významné u třech forem bolestí hlavy: vaskulárních bolestí hlavy (prototyp: migréna G43), bolestí hlavy způsobovaných napětím (G44.2) a psychogenních bolestí hlavy v rámci

depresivních obtíží (G44.8, F54 a R51). Vedle toho se mohou nikoli somatogenní bolesti hlavy objevit také v rámci hypochondrických nebo produktivně psychotických onemocnění.

U **bolestí hlavy způsobovaných migrénou** dochází lokálně k vazokonstriktorně podmíněné cerebrální snížené perfúzi (prodromální fáze u klasické migrény; s lateralizovaným kmitavým skotomem obličejového pole – migraine ophthalmique – nebo jinými fokálně-neurologickými poruchami u migraine accompagnée), následně k centrální vazodilataci, spojené s rychle rostoucími – nikoli vždy přísně jednostrannými – pulzujícími bolestmi hlavy, přecitlivělostí na světlo, nevolností a zvracením a další, spíše tupě-zavrtávající se bolestivou perzistencí během poté následující – histaminem a serotoninem zprostředkované – fáze perivaskulární tvorby edému. **Bolesti hlavy způsobované napětím** vystřelují od krční páteře a z okcipitálu (ze zátylku) do frontálu (oblasti čela). Často se vyskytuje circulus vitiosus s napětími šíjového svalstva, spojený s ischemií a bolestmi, při muskulární hyperaktivitě často indukované stresem nebo afekty.

→ **Četnost:** bolesti jsou v běžné populaci velmi rozšířené. V novějších epidemiologických výzkumech si stěžovalo 30 až 40 % dotázaných na odpovídající obtíže (jednoletá prevalence), přičemž 14 % z dotázaných se cítí podstatným způsobem postiženo. Celoživotní prevalence v populaci je přibližně 70 %. *Naprostá většina (více než 90 %) všech pacientů s bolestmi hlavy trpí psychogenními bolestmi hlavy.*

→ **Primární osobnost a psychodynamika:** osobnost pacientů trpících migrénou je popisována jako ctižádostivě-náročná, zavázaná vysokým výkonnostním normám, urážlivá a se sklonem k perfekcionismu. Spouštěči (v přibližně v 60 % případů jde o interakčně vztažené psychosociální spouštěče) jsou často požadavky na osamostatnění se, silné emocionální zkušenosti či vlastně uvolňující situace (konec týdne, začátek dovolené). Z psychodynamického hlediska existuje často konflikt, který vyplývá z obrany před úzkostí a pocity viny při latentně agresivních přáních a vysokých požadavcích na výkonnost a urážlivosti.

Pacientům s bolestmi hlavy způsobovanými napětím jsou rovněž připisovány rysy latentní nepřátelskosti, depresivní závislosti a úzkostlivosti, kombinované s blokováním, afektivním výrazovým chováním. Často se jedná o pacienty, kteří věří, že musí něco potlačovat, snaží se o morálně korektní postoj, vystupují loajálně-ctižádostivě, aniž by však byli schopni přiměřeným způsobem a zřetelně artikulovat své vlastní expanzivní a agresivní impulsy.

→ **Vztah mezi pacientem a lékařem:** je charakterizován strachem pacienta z organické příčiny, čemuž odpovídá nátlak ohledně opakovaných diagnostických vyšetření. Latentní, nepřiznané nepřátelství a vysoký výkonnostní ideál těchto pacientů způsobují v přenosovém vztahu u lékaře

často subtilní výkonnostní tlak (jen nic nepřehlédnout). Lékař, který je stále více bezradný, naproti tomu často aplikuje – rovněž v subtilně-agresivní eskalaci – trvalou medikaci nebo udílí pacientovi zdánlivě dobře míněné rady ohledně změny celkového způsobu života (dostatek spánku, uvolnění, přestat kouřit atd.), které pacient, jenž i nadále strádá bolestmi hlavy, chápe často jako výčitky, že v rámci léčby nevykonal vše dobře a správně. Následkem pak nezřídka bývá zesílení symptomů.

→ **Základní psychosomatická péče:** z výše uvedených důvodů je nejprve nutné na základě jednorázové somatické diagnostiky jasně poukázat na vyloučení radikálních diagnóz (nádor na mozku atd.); u migrén přechodně námelové alkaloidy, kyselina acetyl-salicylová, pizotifen, profylaktické triptany; při podávání svalových relaxancií proti bolestem hlavy způsobeným napětím je nutné kriticky dbát na komponenty benzodiazepinu.

Tišící prostředky nepředstavují v žádném případě trvalé řešení (vysoké riziko závislosti, nebezpečí zesílení bolestí nadměrným užíváním tišících prostředků).

Společně a jakoby pod vedením pacienta by měly být identifikovány a regulovány případné spouštěče. Z hlediska přílišné kontroly a nepřiznaných přání ohledně odpočinku by měly být „regresivně přátelsky“ sledovány *pracovní, spací a stravovací návyky* a měly by být případně modifikovány. Dále se doporučují nabídky fyzikální terapie, biofeedback, fyzioterapie, uvolňující psychoterapie (např. progresivní svalová relaxace podle Jacobsona, autogenní trénink, funkční uvolňování podle Fuchse). Dále by měl být pacient podněcován ke zkoumavému sledování sebe samého, aby bylo možné lépe podchytit spouštějící situace (*denník bolestí*). Jednotlivé spouštějící situace mohou být zkoumány v rámci rozhovoru s lékařem z hlediska přiměřených možností zpracovávání.

Při přetrvávání bolestí by měla následovat motivace k psychoterapii (např. hlubinně psychologicky orientované skupinové terapii). Pacienti s bolestmi hlavy bývají vůči psychoterapii často skeptičtí a obávají se jí, a to s ohledem na takové odkazy jako „selhal jsem“. Z tohoto důvodu by měl být motivační pokus pro psychoterapii proveden při současné ochraně vlastní hodnoty pacienta a s poukazem na přirozeně i nadále trvající ochotu lékaře léčit pacienta také v budoucnu v rámci klasické – orgánově zaměřené – medicíny. Pacient by přitom neměl být kritizován z hlediska svého přehnaně kontrolovaného výkonnostního postoje, a to po dobu, po kterou tento postoj ještě potřebuje jako ochranu před ublížením. Pacient prožívá tuto kritiku pravidelně jako vyčítavý poukaz na to, že si své obtíže sám zavinil. Na jedné straně je žádoucí nutnost této obrany nejprve přijmout, na straně druhé je

dobré pacientovi nad tento rámec nabídnout, že díky *psychoterapeutické pomoci* by mohl svých cílů dosáhnout pravděpodobně snadněji.

U dětí a mladistvých by mělo být v rozhovoru s rodiči usilováno o empatickou identifikaci s potřebami dítěte a měly by být hledány možnosti pro jeho uvolnění. Rozhovory by měly probíhat bez výčitek, avšak s odkazem na pravděpodobně existující přetěžování dítěte. Také děti mohou profitovat z uvolňujících terapeutických metod; u poloviny postižených dětí symptomatika migrény navíc po půl roce vymizí.

16.2 Závrat'

→ **Klinické obrazy nemoci:** závrat' je subjektivně vnímána jako nepříjemné, vědomě neovlivnitelné otáčivé či kolísavé senzacce či jako difúzně neusměrněná. Existují poruchy vnímání rovnováhy nezávislé na vnějších otáčivých či akceleračních účincích. To vede k disociaci přirozené souvislosti mezi spontánně-navykým určujícím vnímání těla v prostotu na straně jedné, a běžně přiřazovaným statomotorickým inervačním vzorcem na straně druhé. Objektivně může závrat' vést k dysfunkčním statomotorickým kompenzačním manévřům. Nutné je vždy *vyločení organické příčiny* (arterioskleroticky podmíněná vertebrobazilární

insuficience, kardiovaskulárně podmíněná cerebrální snížená perfúze, neuronitis vestibularis – často se však také zde podílejí na spouštění situační stresory –, nádor na sluchovém nervu nebo jiné nádory mostomozečkového koutu, benigní paroxysmální polohová závrat', epileptické absence, morbus Menière, cervikální např. po torzích krční páteře, postkomoční, při centrálně účinné medikaci např. barbituráty nebo také streptomycinem – v těchto případech dochází k poruchám v oblasti vestibulárního aparátu nebo vestibulárních jader). Navíc si pacienti stěžují na např. polyneuropaticky podmíněnou poruchu hloubkové senzibility či vizuální závrat' (způsobenou např. latentním šilháním) často ve formě difúzního pocitu závratí.

→ **Četnost:** v epidemiologických výzkumech uvádí přibližně 10 % dotázaných psychogenní závrat' (jednoletá prevalence), ve všeobecné populaci využívající klinických služeb činí prevalence obtíží se závratí celkem asi 20 %, 60 až 80 % všech úzkostně-neurotických pacientů udává rovněž obtíže se závratí.

→ **Primární osobnost a psychodynamika:** specifické osobnostní rysy nejsou u pacientů s psychogenní závratí (F54, R42) rozpoznatelné. Obtíže se závratí je nutné vidět vždy v souvislosti s obsahy konfliktů, jimiž jsou zapříčiněny.

Polyfóbně-difúzní úzkostlivě-neurotická závrat' se objevuje vedle jiných úzkostně-neurotických obtíží většinou v souvislosti s pozměněným

vnímáním prostoru (cizost, ohrožující „mrzutost“) nebo také v souvislosti s lokomotorickou aktivitou. Typickými spouštějícími situacemi jsou vstup do nebo pobyt ve velkých prostorech, na rozsáhlých prostranstvích nebo ve velkých nákupních domech, návštěva např. vysoce položených míst nebo pobyt ve velkém množství lidí (**agorafóbní typ**). Psychogenní obtíže se závratí se mohou objevovat také v situacích vyznačujících se stísněností a bezvýchodností (**klaustrofóbní typ**). V těchto či podobných spouštějících situacích prožívají pacienti pocity úzkosti, prázdnoty a bezmocné ztracenosti, které však zpravidla nejsou schopni jako takové artikulovat. Mnohem častěji dochází vědomě k senzaci závratí typu crescendo, spojené se ztrátou kontroly a obavami z kolapsu. Psychodynamicky jsou tyto pacienti často (v dětské vývojové fázi opětovného přibližování k matce) „individualizačně traumatizováni“, to znamená, že nedisponují dostatečně stabilní důvěrou v to, že mohou při vnímání a realizaci vlastních přání (po sebeurčení a exploraci) doufat v úspěch.

Konverzně neurotická závrať je naproti tomu spíše monosymptomatická a je ve většině případů prožívána spíše relativně zralejšími pacienty z hlediska strukturálního Já, a to na pozadí sexuálních konfliktů popř. pudových obav. Spouštěči jsou v tomto případě zvláště latentně – jako sexuální pokušení – vnímané situace.

Navíc se může závrať vyskytovat vedle jiných tělesných obtíží v rámci **funkčního syndromu** nebo **regresivního stažení se** (odchod do předčasného důchodu, hospitalismus), a to jako **ekvivalent afektu** (k obraně studu, viny, smutku) nebo v souvislosti s **depresivními** obtížemi.

→ **Zvláštnosti ve vztahu lékaře a pacienta:** přenosová dynamika závisí ve značné míře na druhu konfliktu, z něhož závrať vychází. Z tohoto důvodu může být u zralejších poruch (ve většině případů se jedná o sexuálně-pudově podmíněné obavy) vztah mezi lékařem a pacientem charakterizován vyčítavou erotizací. Při existenci hlouběji sahajících úzkostí v rámci úzkostně-neuroticky podmíněné závratí by neměly být pravidelně se projevující neurotické potřeby závislosti pacienta upevňovány autoritativním spolupůsobením (řídící objekt podle *Königa*).

→ **Základní psychosomatická péče:** k přesné specifikaci klinického typu závratě patří také pečlivá analýza situačních a interakčních vzorců, které jsou závratí asociovány. Pacientovým ujištěním, že se neudálo „nic zvláštního“ a že se závrať objevila „jako z čistého nebe“, by se lékař neměl nechat svést na pouze povrchní úhel pohledu. To zvyšuje riziko, že lékař přistoupí na neurotické potřeby přenosu. Při přesném dotazování se lékaři přece jen zpravidla podaří vypracovat vzorcové pravidelnosti ve spouštěcích

mechanismech závratí, které umožňují přístup ke konfliktům v pozadí. Navazovat by měla motivace k psychoterapeutické léčbě.

16.3 Poruchy spánku

→ Klinický obraz nemoci:

Akutní poruchy spánku:

- *psychofyzilogické poruchy spánku: reakce na akutně stimulující psychické faktory jako stres, frustrace, napětí vyvolávané očekáváním*
- *situační poruchy spánku: reakce na vnější rušivé faktory jako práce na směny, hluk, počasí*
- *farmakogenní poruchy spánku: reakce na substance podněcující centrální nervovou soustavu nebo na usazování návykových látek*
- *symptomatické poruchy spánku: jako doprovodný či následný jev somatických nebo psychiatrických onemocnění*

Chronické poruchy spánku:

- *primárně chronické poruchy spánku bez zjevné somatogenní etiologie (F51.0, F51.2)*
- *sekundární poruchy spánku, např. při depresích, revmatických, kardiálních nebo pulmonálních onemocněních; často: spánková apnoe.*

Následkem je syndrom vyčerpání:

- nejsou vykonávány požadované práce
- snížená schopnost prožívat
- snížený podnět pro vlastní spontánní aktivity
- pocit postiženého, že už dlouho nevydrží
- obava z psychického zhroucení

Rozdělení podle kvality poruch spánku:

- poruchy usínání
- poruchy v průběhu spánku
- ranní časné probouzení

→ **Diagnóza:** vlastní vnímání spánku je velmi problematické. Dobu spánku i poruchy usínání a poruchy v průběhu spánku nemůže pacient sám bezprostředně vnímat, nýbrž na ně usuzuje z mezer ve vzpomínkách. Správné posouzení při častějším probouzení je pouze asi 57%! Pacienti s chronickými poruchami spánku mívají vyšší přesnost odhadu. Čím hůře je spánek popisován, tím spíše odpovídají údaje skutečností. Pro diagnózu je rozhodující, jak se pacient probouzí, vstupuje do dne a den přečká.

→ **Diferenciální diagnóza:** narkolepsie, spánková apnoe a deprese souvisejí rovněž s ospalostí během dne. Je možné diagnostické objasnění ve spánkové laboratoři.

→ **Primární osobnost a psychodynamika:** Není možné popsat žádnou jednotnou psychodynamiku a osobnostní strukturu. Porucha spánku může ukazovat, že se pacient neumí uvolnit, jelikož trpí úzkostmi. Obavy mohou pocházet z různých zdrojů a mohou se vztahovat na různé aspekty:

- obava postiženého, že ztratí kontrolu nad vlastním jednáním
- obava ze sexuálních a agresivních přání
- obava postiženého, že se již neprobere, či obava ze smrti
- obava v rámci úzkostného onemocnění
- obavy při narušené komunikaci mezi rodiči a dítětem
- obavy z pocitů viny, které se dostavují na základě obsahů snů nebo v důsledku zotavení ve spánku

Na druhé straně se mohou rozvinout poruchy spánku také tehdy, prožívá-li pacient *pocity viny* při reálných chybách, prožil-li *emociálně jitrivé situace* během dne (zloba, zamilovanost, ohrožení sociální struktury, rozvod) nebo nemůže-li po delší dobu uspokojit svoji *pudovou potřebu*.

→ **Základní psychosomatická péče:** spánek se nedá přivodit vůlí, nýbrž je přílišným chtěním znemožňován. V rámci terapie je možné *optimalizovat pouze podmínky pro usínání* a zmírňovat konflikty a emocionální (pozitivní i negativní) stimulační.

Osvědčila se následující **opatření:**

- *informovat* pacienta o diagnóze
- všeobecná pravidla *hygieny spaní*: tělesná činnost podporuje únavu, vyhýbat se stimulacím, alkohol ovlivňuje negativním způsobem rytmus spánku, chodit spát pravidelně, vytvořit si usínací rituál; nevyvolávat negativní očekávání („nebudu spát“)

- při akutních poruchách spánku: oslovit a zpracovat *aktuální psychosociální rušivé faktory*, případně krátkodobá psychoterapie)
- při poruchách usínání: *uvolňovací cvičení* jako např. autogenní trénink, progresivní svalová relaxace
- při poruchách průběhu spánku: usilovat o trpělivý a uvolněný postoj pacienta, je nutné především snížit intenzivní pozorování sebe sama: odstranit z ložnice hodiny, koncentrovat se na den, nikoli vypočítávat dobu spánku (mezi dobou spánku v noci a stavem během následujícího dne neexistuje žádná přímá souvislost!)
- přimět pacienta k tomu, aby strukturoval svůj den nezávisle na momentálním spánku a aby se programu dne držel také tehdy, pokud spal špatně
- při symptomatických nebo sekundárních poruchách spánku: terapie základního strádání nebo omezení vnějších rušivých vlivů

Pozor při předepisování ataraktik: 12 až 20 % obyvatel starších než 65 let vykazuje závislost na benzodiazepinu, která vede k problémům identity, oslabování výkonu paměti, emocionální nivelizaci a rozvoji tolerance. Proto předepisovat pouze v malých množstvích, při akutním emocionálním zatížení, nikoli jako mnohonásobný recept a pouze ve spojení s rozhovorem.

16.4 Funkční obrny, poruchy senzibility, sensorické výpadky

→ **Klinické obrazy nemoci:** v oblasti neurologie náleží ke konverzně-neuroticky podmíněným (neboli disociativním) onemocněním zvláště funkční parézy skeletové muskulatury (F44.4), přičemž nejčastěji jsou postiženy končetiny. K této skupině onemocnění (např. F44.5, F44.7) náleží dále různé poruchy senzibility (anestézie, parestézie, dyzestézie; F44.6) a funkční výpadky vyšších sensorických funkcí (vidění, slyšení, chuť, čich), ale také řeč nebo jiné komplexní funkce (disociativní psychické stavy, trans).

→ **Četnost:** ani dnes nepředstavují klasické konverzní symptomy, jako např. obrny nebo psychogenní záchvaty, v oblasti neurologie žádný řídký jev. Na jedné velké neurologické univerzitní klinice vedly konverzní poruchy – po cerebrálních poruchách prokrvování, epilepsiích, mozkových nádorech a roztroušené mozkomíšni skleróze – jako nejčastější skupina diagnóz k přijetí do stacionárního léčení.

→ **Primární osobnost a psychodynamika:** psychosomatická konverze nevědomého konfliktního afektu nebo pudového impulsu do tělesného symptomu se artikuluje v závislosti na úrovni zralosti struktury Já buď jako

- difúzní, psychovegetativní obecná symptomatika (např. závrať, pocení) nebo
- konverzivně-neuroticky v klasickém smyslu (např. subjektivní ztráta zraku nebo funkční obrny) – a to při použití diferencovanějších schopností symbolizovat

Za rozhodující mechanismus je nutné považovat symbolický, tělesný výraz nevědomého konfliktu se schématem „pud – obrana“, který zčásti uspokojuje regresivní pudová přání (viz. kapitola 12). Nevědomě se postižený obává ztráty důležitého objektu (blízké osoby, tělesné integrity) při realizaci např. sexuálního pudového přání.

Diagnostika: jako odkazy na existenci psychogenně-funkční konverzní symptomatiky je nutné považovat:

- *proměnlivé nálezy při vyšetření*
- *psychovegetativní doprovodné symptomy (poruchy spánku, nadměrné pocení, dermatografismus)*
- *diskrepance mezi objektivními nálezy a subjektivními údaji*
- *scénické uspořádání*
- *sugestibilita*
- *dlouhodobý průběh nemoci s mnohaměsíční pracovní neschopností a rezistencí vůči terapii*
- *další psychické obtíže (úzkosti, nutkavost, depresivita, vnitřní neklid)*
- *interakční vztah a situační podmíněnost obtíží (konflikty na pozadí: partnerství, sexuality, zaměstnání, zabezpečení)*
- *zatížená rodinná anamnéza*
- *aktuálně zatěžující životní situace*
- *období bez symptomů nezávislé na terapii*
- *další funkční poruchy*
- *vysoký počet dřívějších (neúspěšných) vyšetření bez orgánově patologických změn*

Podstatný význam pro diagnózu psychogenně-funkčních konverzních obtíží má *pozitivní identifikace konfliktu, který symptomatiku udržuje*. Pouhé vyloučení organické příčiny je pro diagnózu konverzní symptomatiky nedostatečné.

Klinické vyšetření zdánlivě neurologických výpadků: z neurologického hlediska nevykazují pacienti např. s konverzně podmíněnými parézami žádné křeče nebo znaky pyramidové dráhy, ve většině případů existují běžné svalové reflexy. Při odvedení pozornosti dochází často k synergistické spolu-inervaci údajně ochrnutých svalů a k simultánní kontrakci agonistů a antagonistů postižených končetin. Při pokusech o nápravu a zkouškách síly přehnaně demonstrativní silová námaha v nepostižených svalových skupinách, výrazná doprovodná mimika a gestika, žádné atrofie, odpor proti pasivním pohybovým zkouškám, ztráta ochrnutí ve spánku nebo při rutinních činnostech; často neurologicky nekonzistentní výpadky, které není možné přiřadit ani anatomicky, ani fyziologicky.

Horní končetiny: test ohnutí paže; vyšetřující drží postiženou paži pacienta ležícího na zádech ve výšce. Poté, co ji náhle pustí, zůstane paže krátce viset ve vzduchu, než spadne na stranu (takřka nikdy do obličeje), dopředu (a pouze velmi zřídka dozadu). Intaktní synergistické funkce: dochází například k dorzální extenzi hřbetu ruky při sevření ruky v pěst přes udávané ochrnutí extenzorů (diferenciální diagnóza: centrální distální ochrnutí paže, vlastní reflexe svalů).

Dolní končetiny: Hooverův test: při nadzdvihnutí nepostižené nohy z vyšetřovacího lehátka reakce při pádu nohy označené jako ochrnuté na podložce (ruka vyšetřujícího je pod patou postižené nohy); synchronní kontrakce abduktorů na obou stranách při zapření nepostižené nohy vyšetřujícím proti síle ležícího pacienta. Při paraplegii intaktní funkce močového měchýře a konečníku.

Senzibilita: proměnlivé nálezy v rozsahu, intenzitě a postižení, neexistence spinální, radikulární či periferní distribuce, často udávána ztráta veškerých senzibilních kvalit, při orientování se podle markantních hranic povrchu těla (cirkulární hranice, například na končetinách) při současně nenápadných koordinačních výkonech (hloubková senzibilita!).

→ **Zvláštnosti ve vztahu lékaře a pacienta:** na základě častého sexuálně-pudového charakteru poruchy, jež je v základu nemoci, je vztah k pacientovi charakterizován erotizujícími momenty. Výrazné je to například při obveselování, které je – vycházejíc od těchto pacientů – vyvoláváno v okolí a které pak může vést v léčebných teamech k výměně mnoho říkajících pohledů. To může přispívat k tomu nebrat „všechny tyhle obtíže“ vážně a zprostředkovávat to pak také hned pacientovi vztažením k jeho osobě. Postup typu („Vám nic není...“, „Vaše obtíže jsou pouze vsugerované...“) může vést stejně často k traumatizacím a ke zhoršení symptomů jako příliš rychlý a příliš

konfrontační poukaz na (např. sexuální) genesi.

→ **Základní psychosomatická péče:** vyloučení organické příčiny, poté po kratší dobu nejprve pozorování klinického nálezu (variabilita?); následně vyjasnění interakčního vztahu stávající symptomatiky, to znamená taktní (vhodný okamžik, důvěrnost, nerušená situace), ale také jasné dotazování s ohledem na možné vztahové či sexuální konflikty v bližším okolí; dále motivace pacienta k psychoanalyticky či hlubinně psychologicky zaměřené psychoterapii. Při výrazném omezení (např. ochrnutí nohou, poruše vidění, afonii) je vhodná stacionární psychoterapie.

16.5 Dystonie

→ **Diagnostika:** nevědomé tonické kontrakce antagonistických svalových skupin s abnormálně fixovaným postojem na neurobiologické bázi poruch bazálních ganglií; fokální (jednotlivé svalové skupiny), segmentové (končetiny) nebo generalizované (torzní dystonie); zesílení při emocionálním vzrušení, vymizení ve spánku. Z etiologického hlediska se rozlišují hereditární, symptomatické (poškození bazálních uzlin, např. po infekci, na základě porodního traumatu, toxická, dále kumulující se nemoci, morbus Wilson, chorea Huntington, určitá neuroleptika) a tak zvané idiopatické poruchy. Psychogenní vlivy spočívají možná v následujících fokálních dystoniích:

- **Torticollis spasmodicus (psychogenní tortikolis; G24.3, F45.8):** nejčastější fokální dystonie, začínající ve třetí až čtvrté životní dekádě; bolestivý, nevědomý sklon a natáčení hlavy ke straně nebo reklinace hlavy za účasti následujících svalů – musculus trapezius, sternocleidomastoideus a splenius capitis – a dále případně mimické muskulatury a platysmu. Diferenciální diagnóza: neurogení tortikolis, muskulární tortikolis s fibrózní degenerací musculus sternocleidomastoideus bez hyperkinetické komponenty, akutní cervikální diskopatie, kompenzatorní tortikolis při trochlearis-paréze.
- **Písařská křeč (G25.8, F48.8):** při psaní, uchopování nebo hraní na hudební nástroj dochází ke kontrakci muskulatury ruky a předloktí. Diferenciální diagnóza: psychogenní konverzní symptomatika, morbus Parkinson, pronator-teres-syndrom, subluxe základního kloubu palce.

→ **Primární osobnost a psychodynamika:** psychoanalytické diskuse ohledně spouštěčů symptomů se vztahují v první řadě k ambivalentním konfliktům (pocit viny, obavy z potrestání) a k elementárnímu výrazovému ději regresivních přání. Na základě závislosti dystonických symptomů na emocionálních procesech se také předpokládá sebezposilující se fixace onemocnění (tortikolis) na základě symptom propagujícího hypochondricko-

fobického

zpracovávání.

→ **Základní psychosomatická péče:** existují často situační emocionální konflikty, které mohou být přístupné modifikované psychoterapeutické léčbě; alternativně biofeedback a nácvikové stres regulující behaviorálně terapeutické metody. Medikamentózně např. diazepam (opatrně!) nebo bromokriptin, dnes ale zpravidla lokální injekce vysoce zředěného botulinumtoxinu A do postižených svalů při současné kontrole EMG. Zdravotně výchovná nácviková léčba. Pozitivní ovlivňování „umělými zásahy“. Z důvodu situační podmíněnosti a významnosti emocionálních vlivů by mělo být před operativním zásahem, který se však dnes již téměř neindikuje, svoláváno v každém případě odborné psychoterapeutické konzilium.

OZNÁMENÍ A UŽITEČNÉ INFORMACE

Nová psychosomatická a psychoterapeutická ordinace

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovoluji si Vám oznámit, že 1.prosince 2008 otevírám v Praze 5 – Smíchově soukromou psychoterapeutickou praxi. Poskytuji individuální psychoanalytickou psychoterapii dospělým a dospívajícím. Jsem hostujícím členem České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii / www.cspap.cz /. Budu rád, pokud nabídku psychoterapie zprostředkujete Vaším pacientům. Před první návštěvou je třeba se telefonicky objednat. Péče je poskytována za přímou platbu, ceny jsou domluveny individuálně.

Děkuji, s pozdravem

MUDr.Eduard Rys

Adresa praxe: Kořenského 11/1038, 150 00 Praha 5 – Smíchov

Email: eduard.rys@volny.cz

Web: www.psychoterapierys.cz

Mobil: 774 375 248 / nejlépe 5 – 10 minut před celou hodinou /

Právník: Jak postupovat v případě zjištěného sexuálního zneužívání?

Vážení kolegové,

Informovali jsme se u právníka na správný postup v případě, že zjistíte během práce s rodinou, že došlo k sexuálnímu zneužití. Protože nás jeho odpověď překvapila, dáváme vám ji také k dispozici.

Vážená paní doktoro,

v daném případě šlo o trestný čin pohlavního zneužití a ohledně tohoto trestného činu NEMÁTE oznamovací povinnost, naopak by mohlo dojít k porušení povinné mlčenlivosti. Ohledně trestného činu pohlavního zneužívání existuje pouze POVINNOST PŘEKAZIT TRESTNÝ ČIN, pokud by tento nadále probíhal nebo hrozil, například dítě je v rodině, kde je někým soustavně pohlavně zneužíváno, svěří se Vám a Vy jste povinna překazit pokračování tohoto stavu, což asi nedokážete jinak, než oznámením na policii. Pokud ale v čase minulém došlo k pohlavnímu zneužívání, nemáte oznamovací povinnost, ale naopak máte povinnou mlčenlivost.

Oznamovací povinnost se reálně v praxi klinického psychologa týká dvou trestných činů: vraždy a týrání svěřené osoby. Pokud se klinický psycholog hodnověrně dozví, že jiný spáchal vraždu, nebo týrání svěřené osoby, byť v čase minulém, je povinen to neprodleně a prokazatelně oznámit, a to Policii ČR nebo státnímu zastupitelství (rozhodně nestačí orgánu sociálně právní ochrany dětí - OSPOD). Pohlavní zneužívání nepodléhá oznamovací povinnosti, ale pouze povinnosti překazit tento trestný čin pokud probíhá, nebo reálně hrozí.

Možná by bylo užitečné toto sdělit všem členům AKP ČR, aby nedocházelo k chybným postupům. Kdyby totiž paní doktorka v dobré víře oznámila bez souhlasu pacientky nebo zák.zástupce policii, že v minulosti došlo k pohlavnímu zneužívání, mohla by tím spáchat trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji formou porušení povinné mlčenlivosti, kde je trestní sazba 1 - 5 let odnětí svobody. Již jsem obdobný případ zažil u dětské lékařky, na kterou podal trestní oznámení vysoce právně kvalifikovaný kriminální recidivista... Takže na tyto věci je třeba dávat velký pozor a pravidla mlčenlivosti a oznamovací povinnosti je nutno dobře znát, popřípadě se předem dotázat, jak to správně udělala paní doktorka i v tomto případě.

S pozdravem

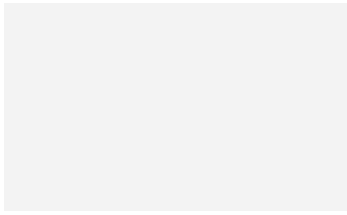
JUDr. Jan Mach

Pro tisk dvojstrany formátu A5 na A4 je tento vzorec: 265,218,219,264/ 263,220,**221**,262/
261,222,223,260/ 259,**224**,225,**258**/ 257,**226**,227,256/ 255,228,229,254/ 253,230,231,252/
251,**232**,233,250/ 249,234,235,248/ 247,236,237,246/ 245,**238**,239,**244**/ 243,240,241,242/

(celkem 12 listů A4, 48 stran)

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně



Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010