

KAZUISTIKA



BUŠKOVÁ, J.: NEUROLOG PŘED A PO VÝCVIKU RODINNÉ TERAPIE

Bušková, J.: NEUROLOG PŘED A PO VÝCVIKU RODINNÉ TERAPIE, PSYCHOSOM, 2012;10(4), s. 261- 281

Souhrn: V odborné literatuře se prakticky neobjevují svědectví o tom, jak se změnila práce odborného lékaře pod vlivem psychoterapeutického výcviku. Komplexní vzdělávací program rodinné terapie psychosomatických poruch přitom poskytuje nejen informace o systemickém způsobu myšlení, ale především sebezkušenost, která není součástí běžného vzdělání somatického lékaře. Reflexe vlastních prožitků při práci s pacienty je naopak samozřejmou součástí psychoterapeutického vzdělání. Předkládáme text, který se pokouší zachytit rozdíl v tom, jak by autorka jako neuroložka postupovala bez psychoterapeutického vzdělání a na jeho konci. Na pěti kazuistických zlomcích je vidět, že neurolog se systemickým způsobem myšlení je pacientovi s nevysvětlitelnými potížemi více k dispozici. Nemusí přitom pracovat jako psychoterapeut, stačí, že má pro situaci pacienta větší pochopení.

Klíčová slova: rodinná terapie a neurologie, sebezkušenost, medicínsky nevysvětlitelné symptomy (MUS)

MUDr. JITKA Bušková, PhD.: A NEUROLOGIST BEFORE AND AFTER FAMILY THERAPY TRAINING, PSYCHOSOM, 2012;10(4), pp. 261- 281

Summary: In the medical literature there is virtually no evidence of how the work of a specialist will change under the influence of psychotherapy training. Although the family therapy comprehensive training program of psychosomatic disorders provides not only the information on the systemic way of thinking, but primarily self-experience that is not a part of standard education of a somatic doctor. The reflection of own experience while working with patients is, on the contrary, a natural part of psychotherapeutic education. We present a text that attempts to capture the difference in how the author as a neurologist would proceed without psychotherapeutic training and at its end. The five casuistic fractions show that the neurologist with the systemic way of thinking is more available for the patient with unexplained problems. He/she does not have to work as a psychotherapist; it is sufficient that he/she is more sympathetic to the patient's situation.

Keywords: family therapy and neurology, self-experience, medically unexplained symptoms (MUS)

ÚVOD A JAK TO BYLO PŘED VÝCVIKEM

Moje potřeba účastnit se výcviku v rodinné terapii vznikla z otázky, kterou jsem si opakovaně kladla: „Proč jen ty léky neúčinkují?“ To, že jsem neznala odpověď, vedlo k mému velikému znejistění, zda „něco“ nedělám špatně.

Jak to tedy chodilo před výcvikem: Do ordinace často přicházeli pacienti, kteří byli svým způsobem „obtížní a obtěžující“. Byli to totiž pacienti, kteří na „nic“ nezabírali. Mohli jste třeba udělat desítky rentgenů, CT či MRI vyšetření, stovky odběrů, a ono tam nikdy nic nebylo a není tam nic ani teď. Držím v ruce fascikl vyšetření stejného objemu, jako výsledky kondiciogramu z filmu *Jáchyme, hoď ho do stroje!*, a říkám si: „Na co jsem nepomyslela? Zapomněla jsem snad udělat nějaký superspeciální odběr na nějakou superspeciální chorobu? Nebylo to zobrazovací vyšetření provedeno příliš brzy, nebo naopak příliš pozdě, když nic neukázalo? Co mu jen je? Mám si ho zvat raději obden na kontrolu? Co když se ta

základnost zhorší? Snažila jsem se vyšetřovat co nejpečlivěji a zároveň zachytit každou novinku v neurologické diagnostice i léčbě. Nadšeně jsem vítala nové generace stále selektivněji a selektivněji působících léků. Jak jen nám ta medicína jde krásně dopředu!

Jenže tenhle druh pacientů zůstal tam, kde byl. Prostě navzdory novinkám (nebo pokroku) dál na nic nezabíral, a zjišťovali to i jiní kolegové. Dokonce se z toho stal významný problém pod značkou MUS. (Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2001) O svém zmatku a bezmoci jsem se radila se staršími kolegy. Všichni do jednoho se shodli na tom, že příčina je „psychogenní“. Že mě to nenapadlo! Nic mu není! Jasně. – Bylo jednoduché dívat se na to takhle, přinášelo to úlevu. Navíc s novými atestacemi a funkčními specializacemi mi přibyla práce. Brzy jsem zjistila, že hektické pracovní tempo nejde s péčí o tyto pacienty dohromady. A tak jsem si v okamžiku, kdy sestra ohlásila příchod

dalšího pacienta, říkala spolu s ostatními: „Snad si jde jenom pro recept!“ Poučena kolegy tak, že jakmile má někdo v ruce několikacentimetrový svazek vyšetření (v horším případě má ten stoh vyšetření barevně rozlišený), je to psychopat a důležité je se s ním hlavně nebavit, jinak člověk ztratí spoustu času. Co tedy dělat (notabene když jsem po službě, nestihnu oběd a v čekárně už jsou tři další, *těm ale aspoň něco je*)? Je to jasné, výsledky jsou normální a neurologické to není. Tečka. Zbytek ať si domyslí sám.

Z ambulance rychle na oddělení. Na chodbě stojí příbuzní, snad celá rodina. Sakra. Stejný případ. Bolesti zad nepřestaly. Lytické infuze spolu se třemi dalšími druhy nejmodernějších analgetik nezabraly, odběry jsou normální, na rentgenu nález odpovídající věku. Starší kolega na telefonu radí: „Tak jim řekni, že ještě nemáme tu rezonanci.“ Aha, tam se všechno ukáže. „Taky jim řekni, že všechno budou mít v propouštěcí zprávě, ta jim přijde poštou.“ Ježíšmarjá, byla jsem dneska vůbec na vizitě?! Vlastně jo, vždyť jsme se domlouvali, že ji *proběhneme* hned v půl osmé.“ Zaneprázdnění bylo na vizitě asi zřejmé.

Dojem léčebných úspěchů u třetiny oddělení nemám. Utkvělo mi jen kývání hlavami, že je to trochu lepší, s evidentní snahou nezdržovat a neobtěžovat. A taky nenaštvat sestry.

Jak šel čas, začala jsem být také naštvaná, jako většina kolegů. Ale měla jsem pocit, že u nich se to naštvání obracelo spíš proti pacientům („*to vás tolik bolet nemůže*“, „*všem to zabralo*“, „*to přece nemůžete mít pořád, to není možný*“, „*to vy si myslíte, že nespíte, ve skutečnosti spíte*“). U mě to bylo také naštvání, ale na jakési míjení otázek a odpovědí. Měla jsem pocit, že mi něco podstatného uniká, a popravdě spíše snaha porozumět tomu, proč výsledky jsou normální a ten člověk přesto nevidí, neslyší, nespí, nemůže se narovnat, má záchvaty, při kterých se zraní, mě dovedla k psychoterapeutickému výcviku.¹ A tak jsem po tom začala pátrat. Spoustu odpovědí na otázky neurologa jsem našla v teorii rodinné terapie. (Trapková, L. & Chvála, V., 2004)

¹ LIRTAPS, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s. www.lirtaps.cz

KAZUISTIKA Č. 1: SLEČNA ANETA VÝBORNÁ, 26 LET

První kontakt: Důvodem, proč se na naše pracoviště obrátila, je nespavost. Svoje obtíže popisuje v dopise, ve kterém

píše: „...v žádném případě nejsem psychiatrický pacient...“

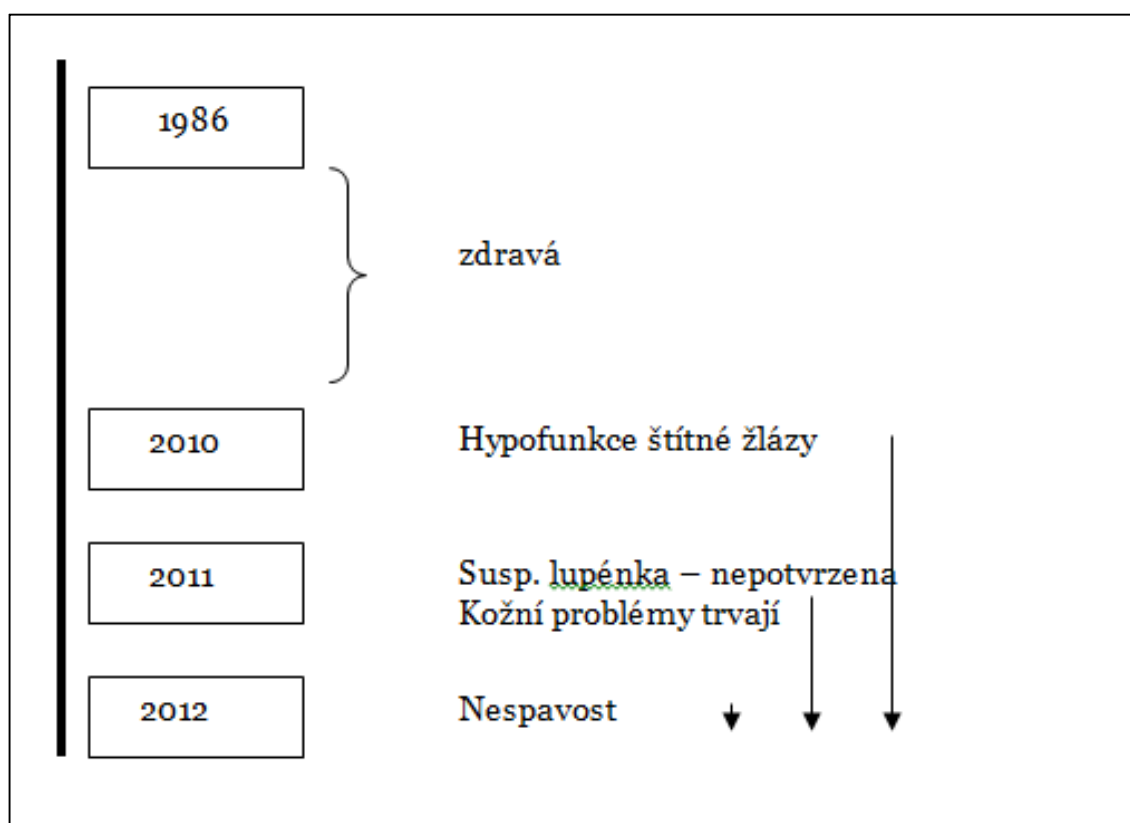
¹) První kontakt je v neurologii často jiný než u psychologa, je velmi těžké nějaký kontakt domluvit, a proto jsme při všech uvedených setkáních uvažovali zatím jen o další návštěvě, bez přesného stanovení, kolik takových návštěv bude. Jména a další detaily v této práci byly změněny.

Předpokládaný postup před výcvikem: Vedoucí našeho pracoviště ji ale na psychiatrii jednoznačně odkázal. Mým úkolem bylo zařídit odeslání jeho odpovědi. Před výcvikem bych to určitě udělala, místo toho jsem slečnu pozvala na sezení.

Úvodní rozhovor²⁾:

1) Symptom: Nespavost se u Anety objevila během několika dní v únoru 2012. První bezesná noc přišla doma u rodičů ve vzdáleném městě. Učila se tam na státnice (poslední ročník VŠ), nyní jsou to už 4 měsíce, nespavost se

zhoršuje, nespí už ani na vysokoškolské koleji. Usíná dobře, ale brzy se budí. Nově se objevily i bolesti hlavy ihned po probuzení. Je zvyklá pracovat na jedničky, jiná známka jí nestačí. Prohlašuje, že je perfekcionistka (na dotaz, co dostala z té zkoušky, když se nespavost objevila, kupodivu odpovídá, že za tři, profesor měl špatný den, chtěl někomu dát za tři).

2) Souběžné události/nemocnost¹⁾:

OBRÁZEK 1: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PACIENTA Č. 1

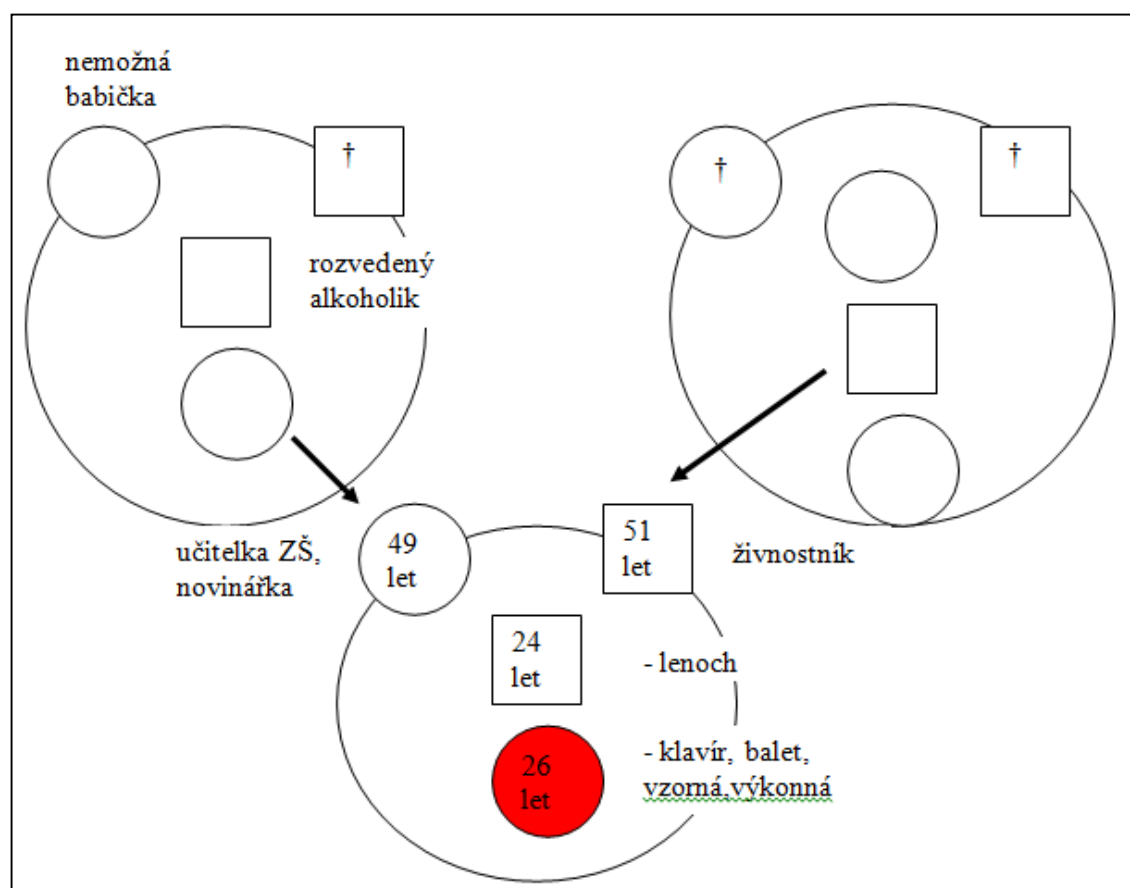
¹⁾ Oddíl Souběžné události/nemocnost: byl takto nazván, ačkoliv nese prvky časové osy, ale při prvním setkání jsem se často na vše nedoptala a pro název Časová osa se mi informace zdály nedostatečně kompletní. (Chvála V., 1995)

Do roku 2010 byla zcela zdravá, matka velmi dbá na zdravou výživu. Oba rodiče jsou zdraví.

3) Rodinný kontext:

Rodinná terapie se zabývá rodinným kontextem stonání mnohem podrobněji, než jsme v zvyklí v neurologii. (Doherty & Baird, 1983) Jiné otázky nám umožňují jiný pohled. Přestože matka vyžaduje každodenní telefonáty, o nespavosti zakazuje mluvit doma i do telefonu. Podle matky jsou totiž horší věci (učitelka ZŠ, dříve novinářka oblastních novin). Další důvod, proč se o nespavosti nesmí mluvit, je ten, že jí trpí matka matky (Anetina babička). Anetina matka (tedy i celá rodina) babičku považuje spíše za nemožnou než za nemocnou. Užívá denně až osm tablet Hypnogenu, které kombinuje s alkoholem. Podobně neschopný je matčin mladší bratr a teď se ukazuje, že i Anetin bratr. Matka Anetě tajně podstrčila nějaké bylinky, ty ale nezabraly, Aneta už je úplně vyřízená. Nevyspí se, a pak nezvládá věci tak dobře, jak je zvyklá. Selhává. To ji děsí. Děsí ji i příběh nemožné babičky.

O významu rodinného cyklu pro výskyt symptomů v neurologii obvykle neuvažujeme, nevíme, že je to důležité. (Carter & Mc Goldrick, 1980) Je to škoda, možná proto nám uniká smysl některých záhadných symptomů. Aneta prožívá určité náročné životní období, končí VŠ, neví, co bude dál dělat. Matka ji nutí, aby se vrátila domů. Aneta má asi rok přítele, je to cizinec (má ho proto, aby se naučila jeho jazyk, je to prý nejlepší způsob, ale je to náročné, nemůže při konverzaci relaxovat). Rodiče doufají, že se rozejdou (nechtějí, aby k nim jezdil, mají distanc, neumějí jeho řeč). Nyní Aneta plánuje s přítelem dovolenou, matka se o ni ale strašně bojí a nechce ji pustit („úplně mě vystresovala, že se teď taky bojím, jestli je to bezpečné“). Otec s ní nemluví, vlastně s ní nemluvil nikdy, nebyl čas. Maximálně tři věty v autě: „Co bylo ve škole? Dobrý. Co v práci? Dobrý. Vedro, co?“. Rodiče ji nutili jít studovat stomatologii, rozhodla se pro jiný obor. Otec tenkrát prohlásil, že to byla osudová chyba. Mocně to na Anetu zapůsobilo, pořád o tom přemýšlí. Na sezení by určitě nepřišel. Aneta si myslí, že matka by si výlet do Prahy udělala. Už to prý kolikrát chtěla udělat.



OBRÁZEK 2: SCHÉMA RODINY Č. 1

4) Hypotézy¹/kladené otázky: Matka Anety ví dobře, co je pro ni dobré, má to všechno načtené (hlásá to ve škole i v novinách). Nezlovně, ale s velkou vnitřní nejistotou a neklidem. Jakoby to sama od matky přirozeně nedostala. Vykvétá mi z toho důležitost vztahu Anetiny matky a její matky (Anetiny babičky). Anetina matka vidí svou matku jako neschopnou (Co nezvládla? Její obtíže jsou v rodině tabu), její bratr ji neměl šanci ve vzornosti dohnat. Přiblížil se své matce alkoholem, rozvedl se. Stejný model se vytváří také v rodině Anety (bratr je považován za

neschopného lenocha). Anetina matka funguje vůči Anetě současně jako ustaraná babička (není občas v roli své vlastní matky?), sama vzorně plnila úkoly a teď to chce od dcery. Rozumějí si dobře, ale Aneta už má dost každodenních telefonátů, nechce se ani vrátit domů. Anetu a její matku čeká vzájemná separace. Dochází mi, že bude možná obtížné získat Anetinu matku, může se bát útoku na své mateřské kompetence z mé strany? Co Anetin otec, nekomunikují, zatím ke vzájemnému sblížení nedošlo.² Otec je

¹ Hypotetizování je běžnou součástí rodinné terapie a liší se od toho, jak o případu uvažují běžně lékaři. Cílem je reflektovat, co všechno nás nad danými informacemi napadá. (pozn. red.)

² Sblížení dcery s otcem v této fázi považujeme za příznak dobře postupující separace dcery od rodičů. Pozorování, že k tomu „zatím“ nedošlo, by zcela jistě běžnému neurologovi uniklo, protože to není nic, co by měl z hlediska svého oboru pozorovat. (pozn. red.)

člověk s velkou mocí (učinil významné prohlášení o Anetině budoucnosti). Na Anetinu babičku má stejný názor jako manželka. Oženil se v 21 letech, jeho rodiče zemřeli mladí, on mezi 2 sestrami. Nevím nic o jeho otci.

5) Intervence: Anetu ujišťuji, že ji považuji za zcela zdravou a nevidím důvod, proč by měla skončit jako závislá na alkoholu a hypnotikách jako babička. Důvody její nespavosti jsou jiné. Domlouváme se, že na plánovanou dovolenou s přítelem pojede. S matkou se domluví, že jí pouze obden pošle krátkou SMS, že je v pořádku. Společně se zamýšlíme nad tím, co by přineslo

úlevu. Navrhuji, že si najde písničku, kterou má ráda, a při probuzení si jí pustí. Nápad se jí líbí, jen neví jakou, na hudbu čas nemá. Navrhuji zeptat se bráchy i přítele. Zvu ji na společné sezení s rodiči, nebo alespoň s matkou.

Odchází spokojená, prý to bylo moc zajímavé. Jsem jediná, s kým o tom mohla mluvit (to od doktora nečekala). Znovu opakuje, že léky na spaní nechce. Nechce ani nálepkou psychiatrického pacienta. Znovu ji ujišťuji, že je zdravá, a přeji hezkou dovolenou.

KAZUISTIKA Č. 2: PAN ČERNÝ PETR, 28 LET

První kontakt: Odeslán obvodním neurologem k video-EEG monitoraci pro noční enurézu, k vyloučení epilepsie. Urologické vyšetření je v normě.

Předpokládaný postup před výcvikem: Popsala bych záznam se závěrem: nebyly zachyceny žádné iktální projevy, interiktální záznam v normě. O epilepsii nejde. Doporučila bych psychologické vyšetření, přestože je z prvního kontaktu jasné, že tento křečce vyhlížející chlapec k psychologovi nepůjde.

Úvodní rozhovor:

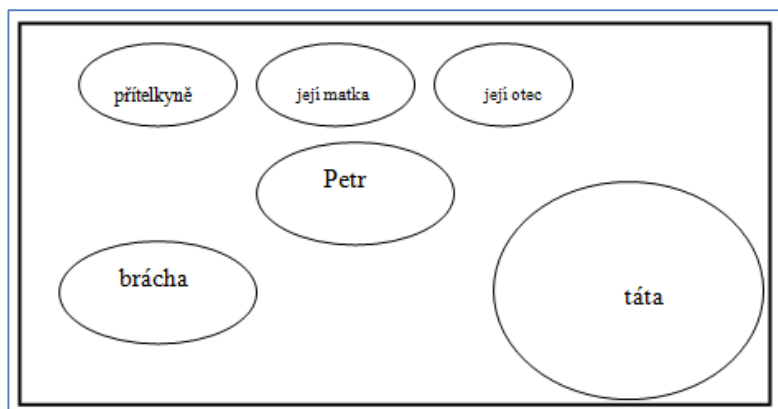
1) Symptom: Enuretik už jako dítě, v šesti letech měl jít do školy, pomočoval se, tak s ním šla matka na pediatrii, stačilo měsíc brát léky a bylo to úplně v pořádku. Žádný humbuk kolem toho tehdy nebyl. Nyní má znovu asi tři roky stejné obtíže, nejprve 1× za 2 měsíce,

nyní každý týden. Žádné souvislosti nevidí. Přichází nyní, protože pomočování vadí přítelkyni. Vadí jí, že Petr nejde k lékaři, že s tím nic nedělá. S přítelkyní je teď Petr spíše kamarád, což mu vyhovuje. Má rád auta, má dost času na odpočinek (dodávám pro sebe – a hraní si = kairos?)¹. Jinak by se těžko odhodlával přijít, stydí se. Mám dojem, že vypadá na ten... nástup do školy pořad (působí velmi mladě, křečce, zranitelně, mile se usmívá)².

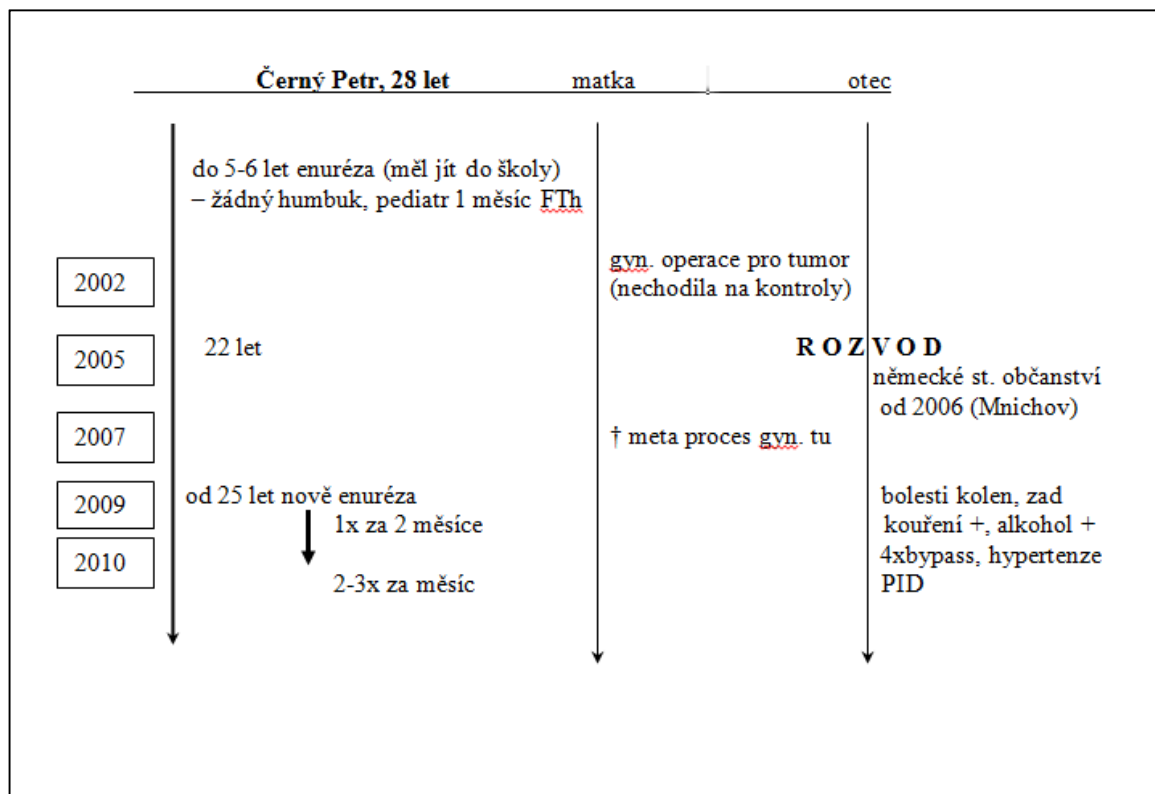
¹) Čas typu *kairos* je na rozdíl od času typu *chronos* nezbytný k tomu, aby procesy dozrály. Nelze je vynutit, je možné je pouze vyčekat. Typický je požadavek dětí na dostatek času typu *kairos* k tomu, aby si mohly hrát. (pozn. red.)

²) Povšimnutí si toho, jakým výrazem pacient působí na lékaře, může být významným faktorem při úvahách o tom, co se to vlastně ve světě pacienta děje. Znovu něco, co není v rutinní práci neurologa běžné. (pozn. red.)

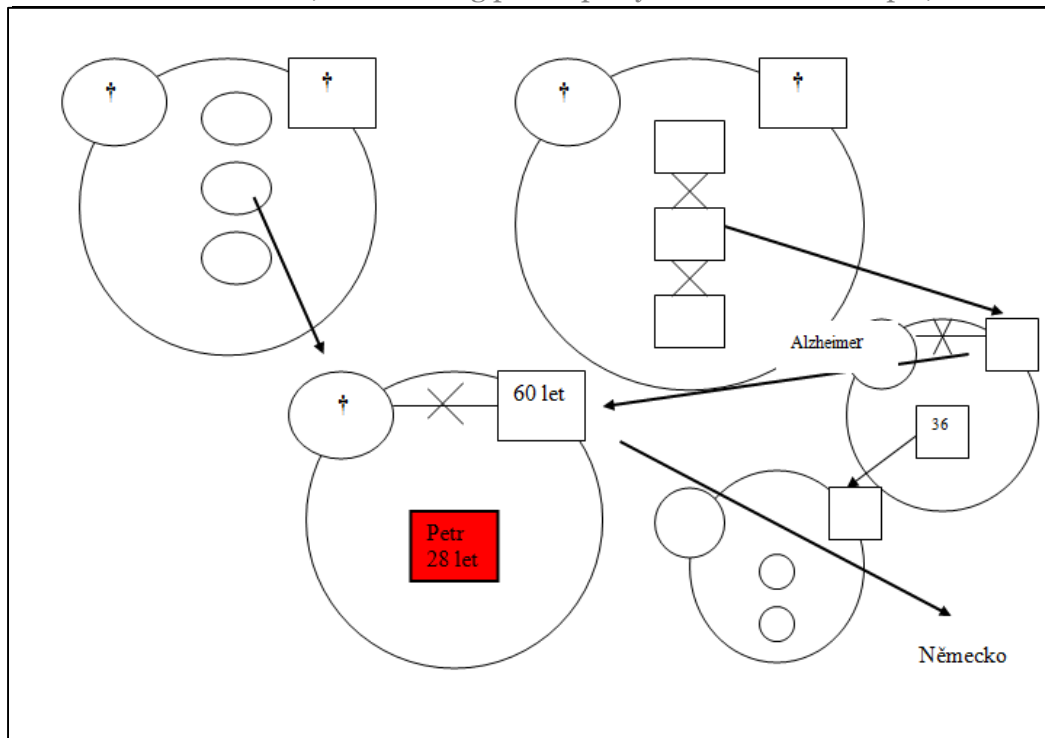
2) Souběžné události/nemoci:



OBRÁZEK 3: MAPA RODINY, PRÁCE S KAMENY



OBRÁZEK 4: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PETRA



OBRÁZEK 5: SCHÉMA RODINY

Petr pracuje jako skladník ve skladu náhradních dílů (vyučil se automechanikem), má rád auta a motosport (sleduje v TV), otci volá 2× týdně (volá on sám, protože to má levnější a také to uměl zařídit). Petr žije s přítelkyní, kterou poznal 3 měsíce před mamčinou smrtí (její matka je účetní v Petrově skladu, s celou rodinou své přítelkyně moc dobře vychází).

3) Rodinný kontext:

Ptám se na rodinu. Začíná slovy: „Já jsem zůstal sám. Maminka zemřela a táta, ten žije v Německu, ale přijel dokonce i na její pohřeb.“ Ptám se, jak se stalo, že je táta v Německu. Rodiče se tak tenkrát dohodli, táta pracuje na stavbách, v Německu víc vydělával, peníze matce posílal. Údajně tam žije sám (1× krátce s přítelkyní). Petr neměl nikdy pocit, že by to matce vadilo. Nemluvila s ním o tom. Matka (prodavačka v supermarketu) si řadu let stěžovala na bolesti zad, nakonec lékaři zjistili metastázy páteře. Mluvíme

dlouho, ale rodina pro mě stále nezískává jasné obrysy, tak navrhuji práci s kameny¹. (Štípek, P., 2010)

4) Hypotézy/kladené otázky: Kde bral tenhle chlapec bezpečí a řád? Matka si nikdy nikoho nenašla, byl příliš brzy pasován do role otce (a teď se vrací zpět)? Petrova matka byla již druhá žena, kterou otec opustil nemocnou a nechal na ní starosti o syna. Museli ho pak synové nahradit v jeho partnerské roli? Mám dojem, že se s otcem svým způsobem utkává (kontakt udržuje Petr, umí to prý lépe zařídit, otec je teď – po smrti matky – na tom hůř, horší se jeho zdravotní stav, ale Petrův taky). Otec je na piedestalu, je to těžký soupeř. Neztrácí ho Petr jako protihráče? Jejich vztah vidím jako souboj. Při práci s kameny dal nejbližší svou přítelkyni a její rodinu. Na místo své matky možná

¹ Práce s kameny je rychlá metoda, kterou lze získat přehled o vztazích v rodinném systému. Více viz Štípek, 2010

vtahuje matku své přítelkyně, kterou položil nejbližší ke svému kameni (je skladník, matka jeho přítelkyně dělá účetní v jeho skladu, seznámila Petra se svou dcerou jen 3 měsíce předtím, než jeho maminka zemřela). Přítelkyně stojí o rovnocenný vztah. Ona ten vztah jako funkční nevidí. Možná, že jí to pomočování vadí víc než jemu. Nikdo s ním moc nemluví (přítelkyně pracuje na směny a jezdí na koni, často se doma míjejí), Petr nemá velkou moc.

5) Intervence: Předně zdůrazňuji, že první věta, kterou řekl, bylo, že je sám,

ale že já ten pocit nemám (ukazují na kameny). Dále upravujeme pitný režim (je zvyklý vypít 2–3 sklenice vody před spaním), na tuhle intervenci jsem pyšná, protože jsem už poslední medicínská instance a zatím mu to nikdo neřekl. Dále začínáme „s vysazováním“ na nočník. Chodí spát ve 23:00 hod., nařídí si budíka za 1,5 hod. (po prvním spánkovém cyklu, aby to nebylo moc násilné) a dojde si na záchod. Dále bude psát, kdy a jak k pomočení došlo (což dnes nebyl schopen, nepamatuje si to přesně). Zvu i přítelkyni (mám dojem, že jestli jí na vztahu záleží, přijde).

KAZUISTIKA Č. 3: POLYKACÍ SNY VERONIKY, 31 LET

První kontakt: Karel objednal svou manželku Veroniku na vyšetření spánku, protože měl starost o dceru Terinku. Veronika se jí totiž snažila ve spánku ublížit.

Předpokládaný postup před výcvikem: Popsala bych polysomnografii se závěrem parasomnie vázaná na NREM spánek typu somnambulismu (náměsíčnost) a confusional arousal (probuzení se zmateností) – potud je postup stejný jako po výcviku. Doporučila bych clonazepam v dávce 0,5–1 mg na noc (asi bych tím zabránila výskytu parasomnie a „ochránila“ tak Terinku před nebezpečným chováním matky). Pravděpodobně bych ale také Veronice prohloubila spánek natolik, že by neslyšela, kdyby Terinka v noci něco potřebovala, pravděpodobně by byla utlumená i ráno po probuzení. Volila bych v tom případě menší zlo.

Úvodní rozhovor:

1) Symptom: Z hlediska poruch spánku patří tento symptom do kategorie nebezpečného chování ve spánku.

Veronice se opakovaně zdál sen, že spolkla něco zcela nepoživatelného: červy, chlupy, jehly, hřebíky, nůžky. Tento sen provázelo chování, kdy se posadila na lůžku a začala si manuálně vybavovat tyto domněle spolknuté věci z úst, a to velmi důkladně a hluboko, obvykle poté následovaly několik dní bolesti hrdla. K lékaři ji dovedl manžel, když se situace opakovala s 10měsíční dcerou. Veronika se asi po 2 hod. spánku probudila, zdál se jí sen, že malá Terinka spolkla mince a pacientka ve stavu náměsíčnosti se jí snažila předmět vybavit z úst. Chování vůči holčičce bylo velmi nebezpečné, pro bolest plakala, to probudilo manžela a Veroniku probudil. K epizodě došlo v době nachlazení Terinky, kdy spala výjimečně v posteli s rodiči. Tyto sny s navazujícím chováním se začaly objevovat v posledním roce s frekvencí cca 1–3× za měsíc. Žádné souvislosti Veronika nevypozorovala.

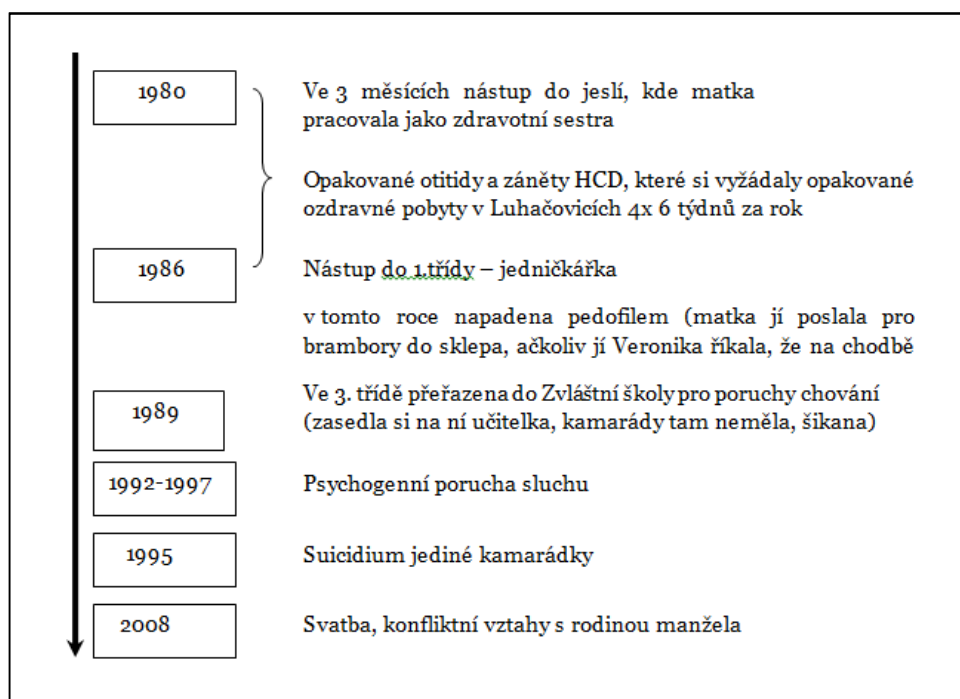
2) Souběžné události/nemocnost:

3. Rodinný kontext: Při rozhovoru s Veronikou se vracím k symptomu a říkám, že toho musela v životě „hodně

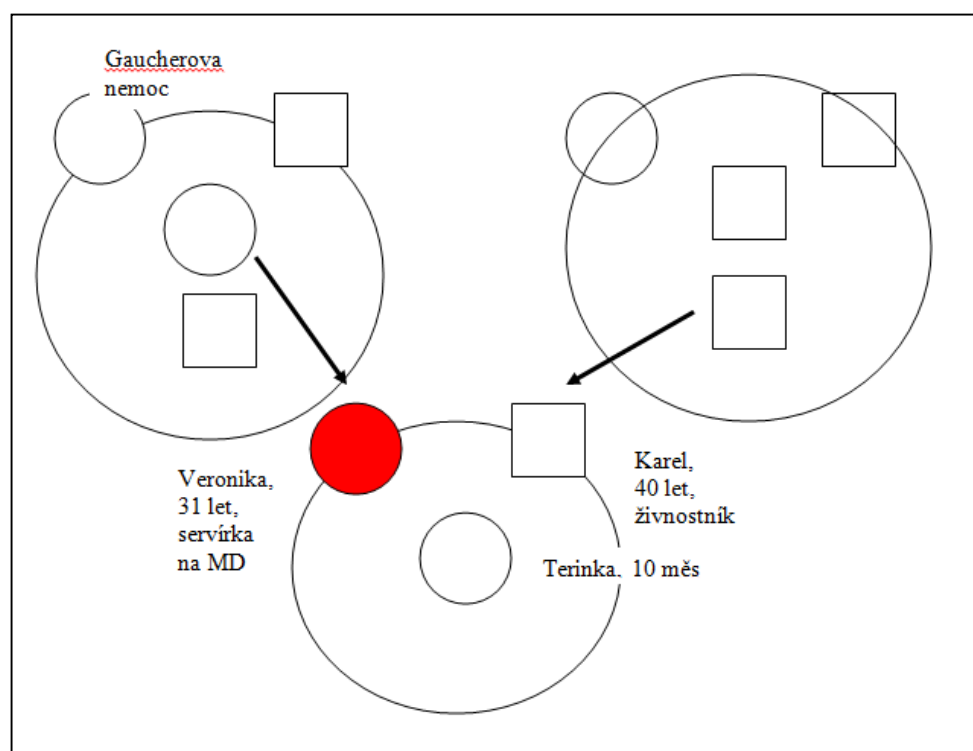
spolknout“. Odpovídá: „No to jo.“¹ Dostáváme se k tomu, jak se k událostem postavili rodiče pacientky. Všichni byli hodní, všichni se snažili (proběhl soud s pedofilem, rodiče šli i do školy, aby se zeptali, proč musí být Veronika přeřazena do Zvláštní školy, ale nemohli s tím nic dělat). Byli na ni o to hodnější, prý proto, že jsou vzdělaní a mohli by se za ni stydět, ale nestyděli se. Má staršího bratra (o 12 let, divadelní vědec), učil se s ní do školy. Ten má dítě

¹ Uvědomuji si, že o symptomu jako symbolu v neurologii příliš neuvažujeme. V přísně vědeckém světě nemá patrně ani své místo. (Dahlke, 2000) Ale zde vidíme, že otázka po symbolu symptomu („musela jste toho v životě dost spolknout“) otvírá docela nový pohled na život mladé matky. (pozn. red.)

s Američankou (jsou rozvedeni, bývalá manželka i s dcerou žijí v USA). Je u něj vidět obrovská vzdálenost mezi ním jako otcem a jeho americkou manželkou. Může to být v reakci na těsnou vazbu rodičů? Když bylo Veronice 15 let, maminka onemocněla tzv. Gaucherovou chorobou, objevilo se u ní vzácné metabolické onemocnění, které ji zcela ochromilo, téměř přestala chodit. Veroničin bratr tehdy zajistil pro jejich matku léčbu v Praze, nyní je schopna normálně fungovat, ale chodí o berlích. Tento Veroničin bratr žije v Praze, domů téměř nejedí (údajně pro partnerství s jinou ženou, která má sociální fobii a OCD). Veroničin otec se v příběhu moc nevyskytuje. Po delším přemýšlení Veronika uvádí, že je také moc hodný, za maminku se vždycky postaví, jsou všude spolu, rozhodují oba. Vlastně si nepamatuje, že by někdy byla víc s mámou nebo s tátou. Nyní má trochu pocit, že se s matkou musí dohadovat o péči o Terinku, kdo je lepší matka.



OBRÁZEK 6: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PACIENTA Č. 3



OBRÁZEK 7: SCHÉMA RODINY Č. 3

4. Hypotézy/kladené otázky: Některé části příběhu mi připadají neuvěřitelné a ze strany Veroniky nějak „neprožívané“ (trochu jako na divadle), ale respektuji to, že do příběhu patří. Jen mě to nějak znepokojuje jako matku ne jako lékařku. Mám dojem, že se bojí o bezpečí Terinky, kterou miluje. Bojí se, že jí nechtíc ve spánku ublíží, že ani nebude vědět, jak moc jí ublížila. První co mě napadá: Měla to tak sama? Ublížila jí matka svými rozhodnutími, aniž to věděla? Že by ji to ani ve snu nenapadlo? Domnívám se, že příběh patří hlavně do vztahu s matkou. Veronika byla ve spárech institucí prakticky od narození (jesle, ozdravovny, přeřazení do zvláštní školy...) a událostem se nemohla bránit. Ochromila matku tahle skutečnost? Co Verončina separace? Mohla se mezi rodiči protlačit? Pokud ne, jak je obcházel? Jak spolupracují při výchově Terinky (pokud nikdy Veronika

s matkou nemluvily o tom, co se dělo Veronice v dětství a matka je přesvědčená, že chyby nedělala, a navíc je profesionálka z kojeneckého ústavu, možná nutí Veronice svoji představu o výchově a Veronika nechce, aby Terinka musela polykat to, co musela ona). Přitom si ale Veronika při výchově prvního dítěte nemůže být jistá, že dělá věci dobře (mladší matka potřebuje starší matku), může to pro ni být zdrojem velkého napětí.

Jaké bylo dětství Veroničiny matky? Byla z 8 dětí, je možné, že i jí chyběla matčina citlivá pozornost (jako by ona sama tak trochu vyrůstala v „jeslích“)? Víím, že tohle nejsou otázky, kterými bych si dříve jako neurolog lámala hlavu. Může se to zdát zbytečné, ale bez těchto úvah a otázek bych zůstala vůči symptomu mladé matky bezmocná, jako jsem bývala dříve. Přitom o vztahu dítěte a

matky bylo provedeno v minulosti tolik pozoruhodných výzkumů. (Bowlby, 2012) Jak to, že o tom v našem oboru dnes nic nevíme?

5. Intervence: Zdůrazňuji pravidelný režim spánku, předávám tištěná Pravidla spánkové hygieny. Doporučuji odstranit nebezpečné předměty z ložnice (aby se nezranila při jiných epizodách náměsíčnosti). Terinku chce mít Veronika v ložnici, doporučuji vlastní postýlku i v době nemoci. Domlouváme se na další schůzce, která se uskuteční v případě, že by se epizody opakovaly. Vzhledem k tomu, že se vyskytují sporadicky, nelze domluvit konkrétní termín. Veronika bude zaznamenávat okolnosti epizod (cca za 2,5 měsíce

telefonuje, že měla polykací sen jen v noci po našem setkání, jinak zatím ne, občas nadává ze spaní „kde je sakra ten dudlík“, 2× náznak somnambulismu s posazením na lůžku, ale jinak nic). Cítí se provinile za to, že nadává ze spaní, jinak mluví slušně. Odpovídám, že je to dobře, že vyjadřuje naštvání aspoň ve snu. Uvažuji i o vztahu s Karlem, budu se ptát příště, ale zatím nemám pochybnosti o jejich partnerském vztahu ani o jejich rodičovství.

Manžel s Terinkou na pacientku čekají na chodbě, moc hezky se oba k holčičce chovají. Doporučuji ještě Veronice, aby přijela s maminkou nebo s oběma rodiči, to však celkem důrazně odmítá, že maminka je nemocná, špatně chodí a nemůže to po ní chtít.

KAZUISTIKA Č. 4: LUKÁŠ ZASEKLÝ, 21 LET

První kontakt: Přichází s matkou na doporučení PL k vyloučení epilepsie. Obtěžují ho nepříjemné stavy, zárazy v činnosti v trvání 10 sec s frekvencí 15/den, intenzita mírně kolísá.

Předpokládaný postup před výcvikem: Indikuji čtyřdenní video-EEG monitoraci, záznam jsem vyhodnotila. Během této doby nebyl uvedený stav zachycen. Před výcvikem bych s pacientem dále nemluvila a poslala bych mu propouštěcí zprávu se závěrem, že o epilepsii nejde a že doporučuji péči psychologa (nedověděla bych se, že už tam byl, že mu psycholog nabídl relaxační metody pro „sklon k prožívání tenze při zátěži při mírných neurotických dispozicích“ a že tam už rozhodně nepůjde; byl také u psychiatra,

který mu nabídl antidepresiva, a ta rozhodně brát nechce).

Úvodní pohovor:

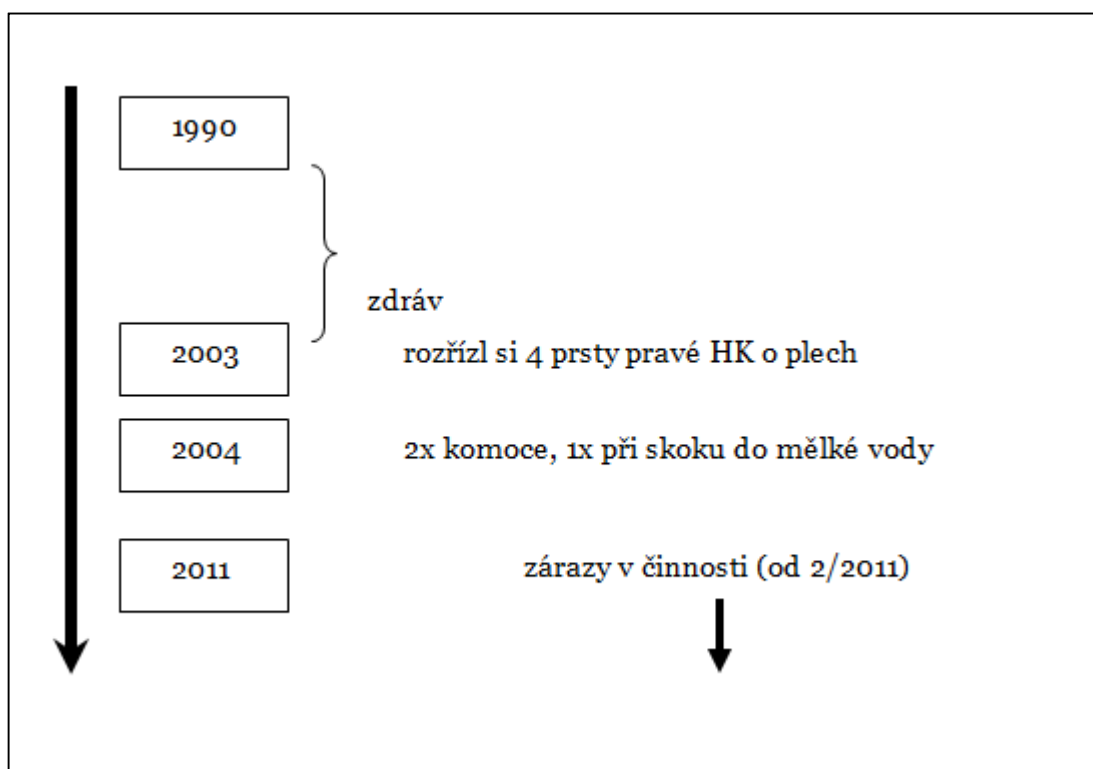
1) Symptom: při pečlivějším rozhovoru se dozvídám, že jde spíše než o záraz v činnosti o „ztuhnutí“ až křeč, trvající velmi krátce, zato mnohokrát za den, ve třetině případů ji lze zastavit tlakem na stehno nebo do podlahy (má to tedy částečně pod kontrolou). O příznaku ví jenom máma, ta jediná je schopná to vidět, jinak nikdo, brácha ani táta ne, kamarádi ve škole taky ne.¹ Děje se to doma, ale i ve škole, když má jít např.

¹ Zjišťujeme, do jakého vztahu patří symptom. Obvykle se to pozná podle toho, kdo o příznaku ví a kdo se o něj stará, komu dělá starosti. (pozn. red.)

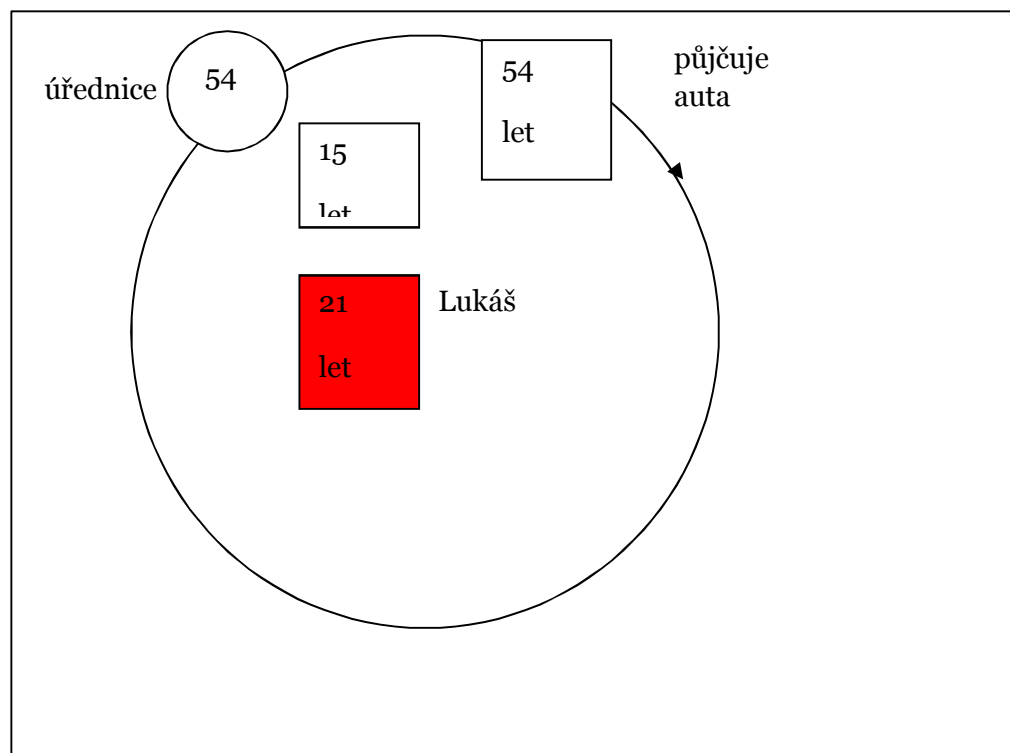
k tabuli, tak při vstávání ze židle. Táta si obtíží sám nevšimne, když mu Lukáš řekne, že to teď má, nereaguje na to vůbec. Zárazy se objevily v 2/2011, když přibýlo práce k maturitě. Součástí maturity byl projekt, na kterém Lukáš tvrdě pracoval několik měsíců a byl si jist, že je výborný, ale dostal trojku (nejhorší známka). U maturity nakonec propadl z matematiky, což nečekal, protože matematika mu vždycky šla, tak

se na ni ani moc neučil. Všem doma to bylo jedno, život jde dál. Opravnou maturitu udělal v 9/2011 (to zárazů trochu ubylo). Na ZŠ měl jen jednu dvojku, IQ má 120, střední školu informační technologie udělal na 3–4. Nyní se mu dál nic dělat nechce. Máma mu našla práci v kurýrní službě u svého známého. Nechce jí udělat ostudu, tak se snaží. Dál zatím nepřemýšlí, jestli chce na VŠ nebo dělat něco jiného.

2) Souběžné události/nemocnost:



OBRÁZEK 8: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PŘÍPADU Č. 4

3) Rodinný kontext:

OBRÁZEK 9: RODINNÉ SCHÉMA PŘÍPADU Č. 4

Matka je pečující, starostlivá, více nadává než otec. Otec bývá doma nepravidelně (někdy 1–2 dny, poté několik dní mimo domov). S bráchou se nebaví, protože nemá jeho respekt („neposlechne mě, když mu něco řeknu, rodiče poslouchá“). Brácha je rodiči lépe přijímán, i když se hůř učí. Kdyby kluci provedli stejnou věc, víc by dostal vynadáno Lukáš.

3. Hypotézy/kladené otázky: První, co mě zarazilo, je, že na vyšetření přichází ve svých 21 letech v doprovodu matky. Ptám se, jestli ji s sebou chtěl, nebo to bylo přání matky? „Mámy, to je v pohodě, on nikdo pořád neví, co to je, tak u toho chce být.“ Zajímavý je i typ příznaku, pomáhá, když zatlačí na stehno (když se zpevní?) nebo tlak na podlahu (když si dupne?). Je to volání o

pomoc, nebo nástroj vlivu? Nebo ho to táhne ven z rodiny, ale nejde to snadno? Zadržlo se jeho směřování k dospělosti? Nebo ještě předtím směrem k otci? Společný čas s otcem nikdy neměl, táta s ním nemluví (Lukáš nerozumí autům a táta nerozumí počítačům, tak není o čem mluvit). Pouští ho máma? Drží si tak pozornost matky? Stará se o mámu a o brácha? Domnívám se, že se nedaří sblížení s otcem a tam je zastavený pohyb, vrací se zpět pod křídla matky s tímto příznakem.¹ (Chvála, Trapková, & Skorunka, 2012)

¹ V medicíně umíme uvažovat o tzv. „sekundárním zisku“, což má jistý obviňující podtext vůči pacientovi, který si tím má zajišťovat nějaké, byť sporné, výhody. Málokdo si umí představit, že jde o společnou tvorbu celého systému kolem

4. Intervence: O epilepsii nejde, sděluji mu svůj názor, že je zdravý. Velmi oceňuji jeho práci na projektu, snažím se uznat jeho kompetence a také tím chci navázat dobrý kontakt. Mluvíme trochu o budoucnosti a podporuji ho v hledání vlastního směru, v pevnosti, odpovědnosti. Mluvíme o tom, že člověk zraje tím, že plní nároky a že je nutné

pacienta, a že symptom je v dané době tím nejlepším, co systém uměl vytvořit. Zde jsou úvahy nesporně vedeny znalostmi psychoterapeutického způsobu uvažování. (pozn. red.)

hledat vlastní zdroje podpory. Hledáme ale i společná témata s tátou (jak zvládal vojnu, Lukáš neví, jestli tam byl...). Lukášovi zárazy ale až tak nevadí, prostě to má a žije s tím, kdyby to pokračovalo: „Bylo by to blbý, ale život by šel dál, vlastně je to O.K.“ Domluvili jsme se, že přijde, když najde skutečně pádný důvod, proč to mít nechce. A já jsem připravená mu s tím pomoci bojovat. Přemýšlím o případné externalizaci (večer mám sen o kouzlu starých přeskakujících desek, o kouzlu starých časů, vlastně se nedivím, že se mu nikam nechce), asi potřebuje víc času.

KAZUISTIKA Č. 5: PANÍ LAPAVÁ, 48 LET

První kontakt: Doporučena PL pro noční stavy dušení k vyloučení poruchy noční ventilace.

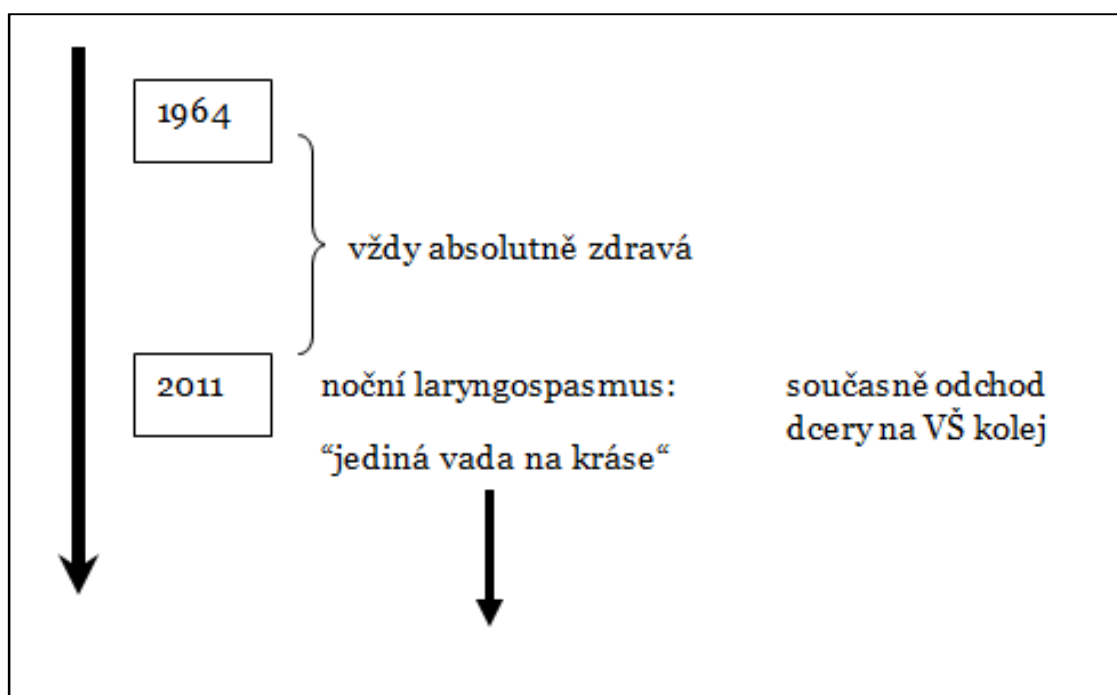
Předpokládaný postup před výcvikem: Indikovala bych limitovanou polygrafii k vyloučení spánkové apnoe. Závěr (po poradě s vedoucím oddělení): noční laryngospasmus. O spánkovou apnoe nejde. Doporučuji spát 1 měsíc v polosedě (nelze vyloučit noční projevy gastroezofageálního reflexu), 1 měsíc vleže + prokinetikum. V případě obtížného znovuusnutí anxiolytikum. Pacientka tato doporučení skutečně dostala, nicméně jsem si ji ještě pozvala na kontrolu po hospitalizaci.

Úvodní rozhovor:

1) **Symptom:** Občas, 2–3× za měsíc, se jí stane, že ji probudí pocit sevřeného hrdla, kdy se nemůže nadechnout, a ačkoliv jsou to asi sekundy, má pocit, že to trvá věčně, nakonec dech chytne, ale celá se třese a pláče. Na otázku, čemu patří ten pláč, odpovídá, že má strach ze smrti. Po dlouhé době se jí podaří znovu usnout. Tyto stavy se objevují až v posledním roce.

Byla na gastroenterologii, reflux nemá. Končí větou: „Nejspíš si teda všichni myslíte, že jsem blázen!“ (jako by říkala, vy jste ale amatéři, nic jste nenašli).

2) Souběžné události/nemocnost:



OBRÁZEK 10: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PŘÍPADU Č. 5

3) Rodinný kontext:

Paní Lapavá nikdy nemocná nebyla. Byla vždy zdravá, silná, zdatná, stejně jako otec. Na rozdíl od její sestry, která byla naopak pořád nemocná. Paní Lapavá měla vždycky samé jedničky, byla chytrá holčička, odměňovaná za výkon. Otec zemřel o prázdninách, když měla jít na gymnázium. Bylo mu 40 let, dostal ve spánku akutní infarkt myokardu, lékaři řekli, že důvod je nejasný, nemocný nebyl. Byli zrovna celá rodina na dovolené. Matka se později vdala. Všechno bylo dobré. Jak prožívala otcovu smrt, si nepamatuje. Šla zrovna na gymnázium a měla spoustu učení, nemyslela na to, učila se. Znali se s tátou dobře – hráli spolu totiž šachy, „tam poznáte svůj způsob myšlení“. Ztratila parťáka.

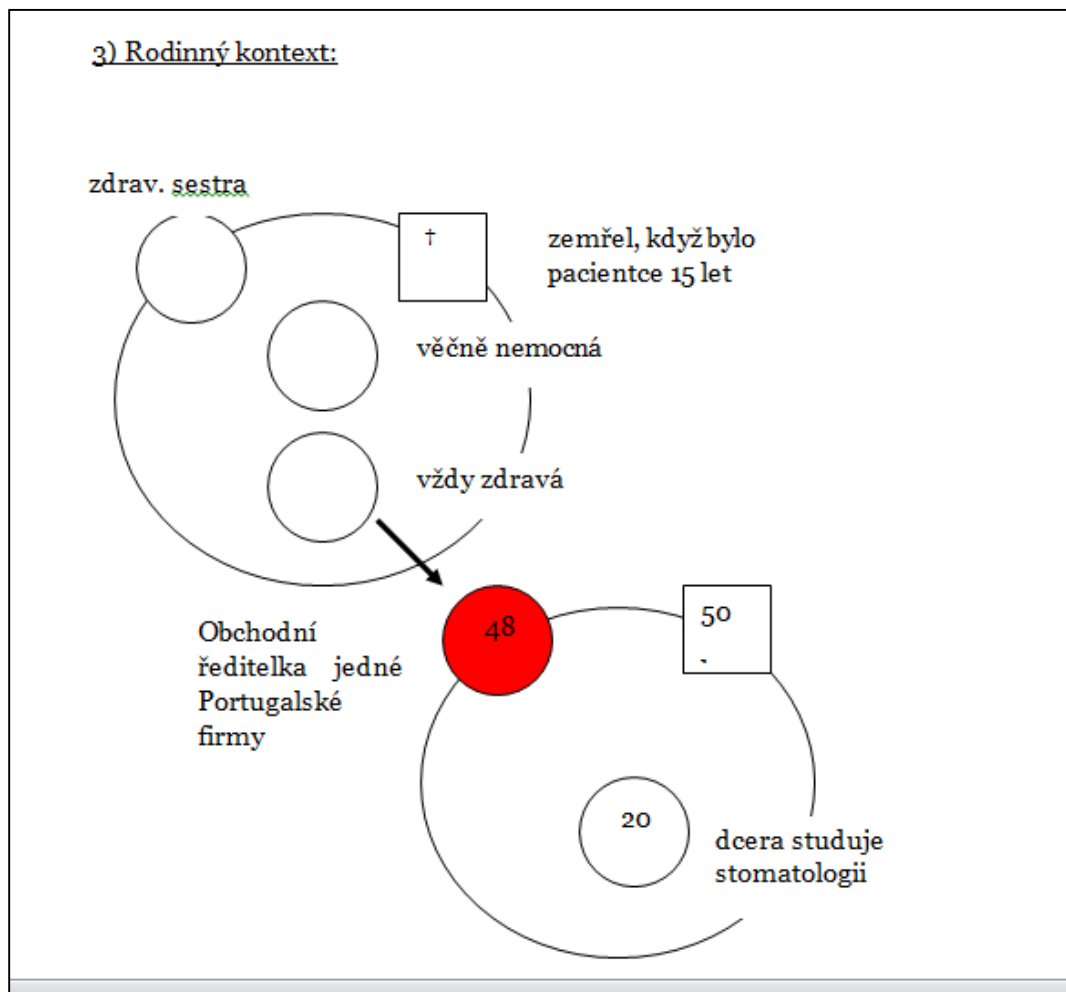
Nyní trošku při těle, ale velmi upravená, pěstěná. Pracuje několik let jako

obchodní ředitelka jedné portugalské firmy, obnáší to 3–4× za měsíc cestu do Tunisu, Maroka, Turecka. Je prý výhoda, že je žena, umí prý „...s těma chlapama jednat, oni tam ti chlapi kupodivu slyší na to, co řekne ženská“. Na otázku, co jiného dělá, odpovídá, že chodí 2× týdně na aerobik. Dostáváme se k relaxaci, na to říká: „To si pište, že umím relaxovat!“ (jako by to byl bůhvíjaký odvaz, zpětně si uvědomuji, že si ani netroufám ptát se dál). Určitě prý přetížena není.

Uvědomuje si, že to tempo nebude možné věčně, ale teď je v pohodě.

Noční stavy se objevily v posledním roce. Dcera v té době odešla z domova na VŠ kolej. Studuje stomatologii, kterou vybraly společně, protože bude zabezpečená, dobře ji to užití, nebude muset být na nikom závislá.

Doma v pohodě. S manželem nespí ve společné místnosti, protože on chrápe.



OBRÁZEK 11: SCHÉMA RODINY

4. Hypotézy/kladené otázky: Jsou šachy uvedením do mužského světa? Paní Lapavá se hodně svému otci podobá. Byla zdravá jako on a teď stůně jako on. Táta pro ni umřel brzo. Byla perfektní pro mámu? Sestra musela stonat, aby upoutala pozornost matky? Byla věčně nemocná, musela ji dost okupovat. Sestra se narodila v době, kdy šla p. Lapavá do první třídy. Jak pracovní tempo ovlivňuje rodinné soužití? S manželem nespí. Kdo dělá domácí práce? (vždyť není doma 20 dní ze 30 v měsíci). Laryngospasmus se objevil

v době, kdy dcera odešla na VŠ kolej? V okamžiku smrti otce zemřel ale také partnerský vztah rodičů. Neděje se něco podobného nyní paní Lapavé? Dcera studuje medicínu, zařizuje jí teď všechna vyšetření, nechce si dceru trochu přitáhnout (zpátky domů), jako to dělala její sestra u maminky? Nezůstala bez dcery sama? Kamarádky prý nemá, to nestíhá. Přestává zvládat tempo a tělo promluvilo jako první? Ztrácí moc, nebo volá o pomoc? Příště bude nutné se ptát na vztahovou a tělesnou potenci. Také na to, kdy a jak se vlastně dostala k mámě.

5. Intervence:

Moc nechápe, proč s ní chci mluvit víc, než to lékaři obvykle dělávají. Odpovídám, že pokud se příčina nenašla, že asi máme málo informací a chci se na ně doptat, třeba nás to společně někam dovede. Odpovídá: „Ahá, tak vy jste takový doktor Hause!“ Tím mě naštvála, ale klidně odpovídám, že jestli jí náš závěr stačí, že o poruchu nočního dýchání nejde, tak je to naprosto v pořádku a můžeme to tak nechat. To prý tedy vlastně ne, ale absolutně si nemyslí, že je blázen. Opět, i tuto pacientku utvrzuji, že na tom se shodneme. Trochu mě válcovala, zkouším na to jít trochu oklikou. Protože existuje hypotetická možnost, že takovýto stav je projevem noční epilepsie (o tom jsem se radila se zkušeným epileptologem, který mi řekl, že 2× v životě to skutečně viděl, je to vzácný epileptický syndrom), objednáám ji k

třídenní video-EEG monitoraci. Přesně jsem ji informovala o tom, jak raritní nález by to byl. Ale vzhledem k tomu, že jsme univerzitní pracoviště, měli bychom diagnostiku dovést do konce a prověřit všechny možnosti. Nadšeně souhlasí, bude za to velice vděčná. Současně jsem se rozhodla její třídenní pobyt na našem oddělení využít k tomu, že se doptám na věci, které mě zajímají, a také chci vidět, jak dokáže relaxovat, jistě to pro ni budou dlouhé 3 dny. Do doby hospitalizace má za úkol sledovat a případně zapisovat okolnosti výskytu laryngospasmu. Zdá se, že důvěru mám. Rozhodně nakonec oceňuje zájem a děkuje za čas, který jsem jí věnovala. Jen žádá ještě ujištění, že se při tom stavu vždycky nakonec nadechne a neumře. To plně potvrzuji a vysvětluji reflexní ukončení spasmu.

ZÁVĚREČNÁ REFLEXE:

Na uvedených kazuistikách jsem se snažila ukázat, jak se změnilo moje uvažování o nemoci a jak se začaly lišit moje recepty před absolvováním výcviku a po něm. Naučila jsem se vnímat širší kontext stonání a nabízet příchozím úvahy o významu tohoto kontextu. Přestože všechny postavy z uvedených kazuistik pro mě byly zpočátku jednoznačně pacienti, po setkání s nimi a seznámení s jejich životním příběhem je pro mě obtížnější je pacienty nazývat. Jsou to pro mě najednou zdraví lidé s tělesnými signály, že se v jejich životě děje něco, na co zatím reagují spíše nevědomě. Svědčí to myslím o změně náhledu na to, co to ta nemoc vlastně je. Ta práce pro mě vůbec není jednoduchá, a to hlavně proto, že psychosociální kontext stonání není často zjevný příchozímu samotnému, i on spolu se

mnou postupuje od příznaku k uvědomování si souvislostí, a proto je na začátku tohoto procesu často nabízenými souvislostmi zaskočený.

Moje krátká zkušenost ale ukazuje, že řada nemocných chtěla porozumět tomu, co se děje. „Když nevím, co se mi to děje, tak se toho nemůžu zbavit.“ Takoví přicházeli včas, respektovali konec sezení, loučili se slovy, že velice děkují za čas, který jsem jim věnovala. Čas jsme potřebovali společně a domluva byla taková, že teď je čas určený výhradně tomu, co je trápí. Byli ochotni s potížením bojovat a byli ochotni vzít věci do vlastních rukou. Dělo se tak s vyvěšeným telefonem, mobilem na tiché vyzvánění, bez přítomnosti sestry, bez bílého pláště. Bylo vidět, že byli předtím často odmítnuti. Měla jsem ale dojem, že i oni

bojují s pochybnostmi, zda jsem jako lékař nezapomněla na nějakou supervzácnou chorobu. Možná i proto je důležitá osobnost terapeuta a z něj vyzařující jistota, že k tomu nedošlo.

Je ale pravda, že ne každý na hovory o souvislostech stonání slyšel, to je myslím potřeba dobře odhadnout a svým způsobem šetřit energií. Včera jsem vyšetřovala 34letého pacienta (mimo jiné s Crohnovou nemocí), který snídá 19 tablet a chce to tak rozhodně nechat. Kupodivu špatně spí. Chtěl by ještě lék na spaní, rozhodně ne nějaké hovory o tom, že svému zdraví spíše škodí, než prospívá. Tam, kde pacient psychoterapii odmítá, ji ani nenabízím. Chce být jen uznán nemocným, být pasován na nemocného. Touží být součástí medicínského systému. Chce, aby se mu dostalo přijetí tímto systémem, za absolutní výhru pak považuje přijetí k hospitalizaci. Tím více nechce psychoterapii na klinice, kde jsou přece ty super-dokonalé přístroje, které vše odhalí.

Dalším významným zjištěním při uvažování o psychosociálním kontextu pro mě osobně bylo, jak důležité je sociální zázemí, které může změnu zcela znemožnit. Jak významnou roli při vzniku nemocí má kromě významu rodiny také např. finanční situace, vliv médií včetně TV reklamy, obecně uznávané hodnoty ve společnosti. Na základě řady (nezmíněných) příběhů

mám pocit, že člověk je tak nemocný, jak nemocná je doba.

Kdybych ale měla zůstat u sebe a formulovat svoje přání a cíle v tom, jaké chci nabízet léčení, chtěla bych to dělat hlavně po svém. Chtěla bych učit lidi chodit podle vlastní mapy, ale tak, aby se uměli podívat na místo, kde stojí, mapu si zorientovat a vyhledat si spoj/způsob, jak dorazit svou cestou ke svým životním cílům. Tedy ne jim jednoduše vrazit do ruky předraženou dží-pí-esku, která jim nedává na výběr, nedává jim náhled na jejich situaci, nedává jim odstup, jen mechanicky vypočítá, kde jsou, aniž by se museli nad čímkoliv zamýšlet, a tím je víc zneschopňuje, jen je postrčí víc vpravo či víc vlevo (často i špatně), a oni už vůbec nevědí, kde jsou, jen se vezou.

Psychosomatický přístup aplikuji opatrně, spíše jsem jej zařadila do svých diferenciálně-diagnostických úvah. Zda to bude někdy někomu k užítku, ukáže čas. Každopádně díky tomuto výcviku jsem dostala odpověď na otázku, proč ty léky nezabírají. Je otázkou, zda k podobné změně v přístupu lékaře k pacientům s medicínsky nevysvětlitelnými obtížemi bude stačit pouhý kurz Základní psychosomatické péče. (Tress, Krusse, & Ott, 2004) Pro mne byla podstatnější změna myšlení než získané informace.

Do redakce přišlo: 2. 9. 2012

Recenzní řízení: 10. 10. 2012

K tisku přijato po úpravách 31. 10. 2012

POUŽITÁ LITERATURA:

- Bowlby, J. (2012). *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Carter, E. A., & Mc Goldrick, M. (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Dahlke, R. (2000). *Nemoc jako symbol*. (Z. Dan, Překl.) Praha: PRAGMA.
- Doherty, W. M., & Baird, M. A. (1983). *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
- Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext, XI, č. 2*, stránky str. 26-31.
- Chvála, V., Trapková, L., & Skorunka, D. (5. May 2012). Social Uterus: A Developmental Concept in Family. *Contemp Fam Ther*, stránky 293–312.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*, stránky 767–769.
- Štípek, P. (2010). Využití terapeutického potenciálu projektivních technik v práci s rodinou. *Technika Zakleté kameny (rukopis)*. *Diplomová práce*. Praha: FF UK Praha.
- Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.