

<p>číslo <b>2</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PSYCH@SOM</b></p> <p style="text-align: center;">PRAŽSKÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ INSTITUT POBOČKA LIBEREC PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI A OSTATNÍ ZÁJEMCE</p>	<p style="text-align: center;">ROČNÍK <b>III/2005</b> ISSN 1214-6102</p>
<p><b>OBSAH</b></p>	<p><b>EDITORIAL 42</b> DOC.MUDR. J.BERAN: OSVĚDČENÍ: ANO ČI NE 42</p> <p><b>Z POŠTY 43</b> PSYCHODERMATOLOGICKÁ SEKCE 43 DOPIS OBVODNÍHO LÉKAŘE 43</p> <p><b>POLITIKA, KONCEPCE 45</b> PSYCHOSOMATIKA V DRÁŽDANECH: KÖRPER UND EMOTION , 16.-19.BŘEZNA 2005 45 PRVNÍ CERTIFIKÁTY O PSYCHOSOMATICKÉM VZDĚLÁNÍ TAKÉ V ČR- DŮVOD K OSLAVÁM? 47</p> <p><b>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 48</b> PSYCHOSOMATICKÉ INTEGRACE MEZIOBOROVÁ SPOLEČNOST PŘI ČLS J.E.PURKYNĚ 48</p> <p><b>Z DESÁTÉ KONFERENCE 49</b> PHDR. ZDENĚK MAHLER: TRANSGENERAČNÍ PŘEDÁVÁNÍ ZKUŠENOSTI HOLOCAUSTU 49</p> <p><b>HISTORIE OBORU 55</b> MUDR.JOZEF HAŠTO: PSYCHODYNAMIKA ÚZKOSTI 55</p> <p><b>TEORIE 71</b> THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL, ČÁST 6 71</p> <p><b>FILOSOFIE 78</b> PHDR. ANNA HOGENOVÁ, CSC.: K FILOSOFII VÝKONU V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI 78</p> <p><b>EXCERPTA PSYCHOSOMATICA 85</b> MUDR.RADKIN HONZÁK: „SRDCE ZLOMENÉ ŽALEM“; CESTA Z BRAKOVÉ LITERATURY DO VĚDECKÉ MEDICÍNY 85</p>	
<p><b>Redakční rada</b></p>	<p>REDAKČNÍ RADA: MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P.MOOS, MGR.J.KNOP, PROF. RNDR. S.KOMÁREK, DOC.J.BERAN, DOC.J.ŠIMEK,CSC., MUDR.PHDR.J.PONĚŠICKÝ,PHD</p>	<p>Uzrálo dne 15.3.2005</p>
<p><b>Redakce</b></p>	<p>Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: <a href="mailto:chvala@sktlib.cz">chvala@sktlib.cz</a>. <a href="mailto:Psych@som">Psych@som</a> je ke stažení na elektronické adrese <a href="http://www.sktlib.cz/psychosomatika">www.sktlib.cz/psychosomatika</a></p>	

## Doc.MUDr. J.Beran: Osvědčení: ano či ne

Po více než dvouleté spolupráci mezi psychosomatickou sekcí Psychiatrické společnosti ČLS a Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví došlo v nedávné době k formulaci požadavků na udělení Osvědčení o psychosomatickém vzdělání.

Psych@Som průběžně své čtenáře o tomto záměru informoval. Nyní je tedy možné, aby se zájemci z řad lékařů do vzdělávacího programu IPVZ „Psychosomatická medicína“ hlásili.

Je to dobrý krok o zasluhuje uznání nebo ne? Někdo totiž namítne, že už má dost shánění různých certifikátů, atestací a osvědčení. Je to všechno jen byrokracie a formalismus. Prý ti, kteří budou mít „papír na psychosomatiku“ budou těmi vyvolenými, a ostatním bude radost z psychosomatické medicíny v praxi odepřena. Inu, taková už je dnešní medicína! Je složitá a specializovaná, ... Před 100 a více lety doktor medicíny tolik zkoušek dělat nemusel a mohl se téměř hned po studiu pustit do samostatné práce s pacienty. Dnes však musí lékař mít v ruce tolik dokladů třeba výpis z rejstříku trestů a také doklad o zdravotní způsobilosti a pak ty atestace, osvědčení a ... ale ono se to týká i nemocnic a lékařských fakult. Ty zas musejí mít akreditace.

A někdo také namítne: a co kliničtí psychologové? Ti budou mimo? A přidá třeba poznámku, že si ti doktoři (zas) něco pro sebe upekli. Psychologové samozřejmě do psychosomatického týmu patří. Mnohé kompetence mají s lékaři společné. Kliničtí psychologové však těžko mohou mít všechny kompetence lékařů a naopak! Kdyby tomu tak bylo, pak jaký by byl mezi psychologem a lékařem rozdíl? Prostě kliničtí psychologové, pokud něco obdobného jako je nynější Osvědčení o psychosomatickém vzdělání pro lékaře chtějí, pak mohou v rámci svého oboru s IPVZ též jednat o nějakém řešení.

Zatím lze říci: doufejme, že Osvědčení se osvědčí.

Jiří Beran

beran@fnplzen.cz

(Na této adrese lze získat další informace.)

## Psychodermatologická sekce

Všem kolegyním a kolegům se zájmem o psychodermatologii s potěšením sdělujeme, že PSYCHODERMATOLOGICKÁ SEKCE byla ustavena na I. Moravskoslezském symposiu o atopické dermatitidě a psychodermatologii s mezinárodní účastí konaném dne 3. září 2004 v Novém Jičíně.

Výbor České dermatologické společnosti zaujal souhlasné stanovisko dne 14. října 2004.

Těšíme se na aktivní spolupráci se všemi kolegyněmi a kolegy, kterým jsou blízké psychosociální a behaviorální aspekty dermatovenerologie.

Kontaktní adresa pro přihlášky do Psychodermatologické sekce:

prim.MUDr. Marie Selerová,

Kožní odd.

K Nemocnici 78

Nový Jičín, PSČ 741 11 e-mail: selerova@psychodermatologie.cz

www.psychodermatologie.cz - na této stránce najdete i elektronickou přihlášku.

Doc.MUDr. Růžena Pánková, CSc. a prim. MUDr. Marie Selerová, Ph.D.

## Dopis obvodního lékaře

*Po desáté psychosomatické konferenci v Liberci se ozvala řada kolegů, mimo jiné také MUDr. Josef Kubínek z Rynoltic u Liberce, praktický lékař, původně chirurg. Obdivoval, do jaké šíře se dostalo naše jednání o psychosomatice a poskytl redakci svůj dopis, kterým v r. 2004 sám reagoval na dopis jiného kolegy. Protože dopis zůstal bez odezvy, dovolujeme si ho zařadit dnes do naší rubriky [Psych@Somu](#).*

### Vážený pane doktore!

Jsem potěšen, že vás můj článek i po několika letech oslovil (*Ze života „obvodáka“; Praktický lékař 80, 2000, č. 11, str. 663*). Je to možná tím, že jsem si tuto cestu vědomě zvolil, a to i přesto, že jsem měl krátce před složením 2. atestace z chirurgie, která pro mne (jako neangažovaného) byla dlouho nedostupná. Přerušil jsem tím celkem jasně nasměrovanou linii již od studentských let, kdy jsem žádnou jinou alternativu (nežli chirurgii) nepřipouštěl. Dokonce i dnes mám dojem, že jsme se měli, podle kolegy Štrosmajera, s paní chirurgií docela rádi. Přesto jsem si ve svých čtyřiceti dovolil ještě jinou alternativu, aniž bych tušil, kde se na této cestě ocitnu. Dnes jsem již 13 let praktikem a má negativní očekávání byla v mnohém překonána. Naše postavení je vskutku vnímáno pouze okrajově. Je otázkou, nakolik si za to můžeme sami. Pokud však s odstupem hledíme na celý náš resort a hodnotíme způsob léčby, nabývám dojmu, že jsme se ocitli ve zvláštní virtuální realitě, která s podstatou našeho poslání má pramálo společného. O našem bytí

či nebytí rozhodují mocné finanční loby, jejichž základní filosofie (zachování impéria) spočívá na předpokladu, že každý je úplatný! Od toho se odvíjejí i tzv. zákonodárná rozhodování naší poslanecké garnitury i celé státní sféry.

Navíc jsme příliš citlivou kartou na miskách vah předvolebních preferencí každého vládního uskupení, jejíž skutečná reforma by se rovnala praktické nevolitelnosti v příštích volbách. Namísto toho se volí méně závažná a bolestivá výměna na postu resortního ministra. Tyto jedince bychom měli (možná) i obdivovat, neboť nesou svou kůži na trh do předem velmi úzce vymezeného manévrovacího prostoru. Jenomže i to má své závažné trhliny, když záhy zjistíme, jak úporně se snaží pro sebe vybalancovat toto žhavé křeslo; a tím se bludný kruh uzavírá.

V odborných časopisech se můžeme dočíst o reálných příčinách stavu resortu. O dosud nevytvořené, skutečně potřebné základní síti nemocnic, nemotivujícím prostředí pro lékaře a naopak paralelních motivacích pro management. Velkorysá léková politika (prakticky třicetiprocentní plné hrazení pojišťovnamy, oproti podstatně nižšímu číslu v sousedních zemích), prakticky neregulovaná doprava pacientů, hypertrofická sociální síť, kdy je výhodnější být v pracovní neschopnosti, či v předčasném důchodu, nežli pracovat. Mohlo by se zdát, že je to něčí neschopností systémového uvažování, než si uvědomíme, jak se dá na tomto ne-systému výhodně profitovat.

Navíc je v myslí našich klientů zafixováno, že za jejich zdraví odpovídá lékař, především praktický. A jelikož právo na zdraví je jedním ze základních, vnímá společnost naše postavení ve smyslu Jiráskovy lucerny.

Zajímavý je i údaj o troj až pětinasobně vyšší vyúžitosti našich ambulantních lékařů oproti kolegům v rozvinutějších zemích. Přitom finanční ohodnocení zdravotníku je u nás naopak pětínové, při obdobné saturaci zdravotnictví cca 7-9% HDP?!

Pocit marnosti vyvolává i skutečnost, že tyto údaje jsou (nejspíše) notoricky známé našim čelním profesním činitelům, kteří mají možnost intervenovat na patřičných úrovních; přesto finální efekt je takový jaký je!

Z dosud uvedeného by se mohlo zdát, že lituji své současné volby, že jsem zaměnil poměrně jasnou a možná i úspěšnou profesi chirurga za podhodnocovanou, či spíše stále nedocenenou a odpovědnostně těžko zastupitelnou práci praktika. Kupodivu tento pocit nemám. Dokonce mám dojem, že jsem za poznáním skutečných kořenů nemocí pronikl nepoměrně hlouběji, nežli při své původní profesi. K tomu všemu mi stačila maličkost, změnit své uvažování, či lépe řečeno přistoupit na jiné paradigma. V mém životě to obnášelo několik zásadních kroků; rozchod v životě osobním, profesním i názorovém (opuštění materialistického světonázoru).

Má nynější profesní orientace dospěla k psychosomatickému uvažování, které je však současnou medicínou zatlačeno do těžkého disentu. To však pro mne neznamená nic jiného, nežli konstatování stavu vývoje společnosti, která potřebuje svůj čas, aby si uvědomila, kdo vlastně je. Zda to co se nám jeví jako skutečnost, je opravdová realita, či si to pouze namlouváme. Upřímně řečeno, aplikovat toto uvažování do naší každodenní praxe, je někdy více nežli obtížné. Přesto se mi líbil výrok (asi jediného atestovaného psychosomatika) prim. Šavlika, když prohlásil: Od doby co jsem se tímto směrem vydal, nemusím číst Balzaca, neboť přede mnou dennodenně defilují skuteční románoví hrdinové v běžném životě.

Pokud se dotazujete na odezvu mého článku, pak jsem vnímal spíše tichý souhlas ze strany praktiků a jednu reakci VZP, která měla dojem, že ji napadám. Z toho usuzuji, že sebevědomí praktických lékařů je stále na nízké úrovni. Zřejmě přetrvává názor, že obvodák nelčí, maximálně vystaví neschopenku na rýmu, změří krevní tlak, či vypíše recepty ze seznamu léků, donesených pacientem na obálce, v jejímž rubu má ještě sdělení pro řezníka. Ten má někdy dojem, že lékař často ani neví co předepisuje! Jak obtížné vysvětlit babičce, že požadované léky na bolest nejsou jedny na kolena, druhé na záda a třetí na ruce. Vskutku vhodně Alarichova péra. Což takhle ještě pochybovat o smysluplnosti přebohaté polypragmasie, navrhované odbornými pracovišti, která se mnohdy nezávisle kumuluje. Navíc nejčastější reakcí těchto pracovišť je, od základu změnit dosavadní medikaci praktika; to že se ponejvíce jedná o kosmetický efekt, či spíše

momentální "módní trendy" na pozadí firemních, farmaceutických zájmů, pacient samozřejmě netuší. Vždyť dobře nastavená medikace spočívá v tom, aby ji mohl preskribovat i obvodní lékař, a tím si zvyšovat náklady za léčbu!

V důsledku toho všeho pak uniká, že nejobtížnější na práci praktika je rozpoznat v nánosu informací, se kterými pacienti přicházejí, kdy se jedná pouze o psychosociální stesky na úrovni funkčních poruch a kdy již přešly do organicity. Přitom všichni víme, že ty nejdůležitější údaje se sdělují, jen tak mimochodem, při odchodu ve dveřích. Komu se nestalo, že našťastí zachytil v pozdních odpoledních hodinách závažný stav, s nutností okamžité intervence, po dlouhé řadě únavných banalit, jenž by, za jiných okolností, k lékaři vůbec nemusily.

Co je obtížnější, pracovat v týmu odborníku nebo s poměrně úzkým spektrem nemocí a povětšinou s již donesenou diagnosou nebo se orientovat v široké škále otázek, s nutností chápání pacienta v jeho komplexnosti a zároveň jedinečnosti?

Záměrně se nevyjadřuji k otázce, jakým způsobem léčebně působíme. Jakou úlohu hraje otázka důvěry k lékaři, a tím se deroucí slovíčko víry. K tomuto tématu pouze zasílám dvě úvahy, které jsem zaslal redakci Tempusu.

Z uváděného je patrné, že nemám důvěru v současný právní moloch. Vždyť i minulá hlava státu se vyjádřila ve smyslu mafiánského kapitalismu, a ta současná se zapsala nejvýrazněji do tvárnosti společnosti výrokem o neexistenci "špinavých peněz"! Co lze očekávat od společnosti, jejímž symbolem, či lépe zrcadlem, je člověk, dokonale ztvárňující rčení o účelu světícím prostředky!

Z mých postojů si občas připadám, jako onen slavný smutný bojovník s větrnými mlýny. Na dokreslení dávám k nahlédnutí několik mých kauz posledních let. Ta poslední s VZP se táhne již celý rok a odpověď paní ředitelky Musílkové, či definitivní verdikt pobočky VZP v Liberci, nemusím snad ani zveřejňovat! Tam chyba být nemůže.

Na minulý režim jsem sdílel názor jednou starého moudrého pána, o nutnosti vyhnouti stojatého systému. Ten dnešní bych (možná) připodobnil kvasnému vinnému procesu, který však zatím nedospěl ani k prvnímu, ušlechtlejšímu burčákovému stadiu.

Omlouvám se za poměrně pozdní odpověď, i když mne tyto řádky přinutily k opětovné rekapitulaci mých postojů a chvíli o nich přemýšlet. Nevím, zda vám tím mohu být nápomocen? Samozřejmě, že bych se rád s vaší knihou seznámil.

Ještě jedou vám děkuji za váš zájem a přeji vaši publikaci úspěch.

V Rynolticích 2004-02-17

v úctě

## **POLITIKA, KONCEPCE**

**Psychosomatika v Drážďanech: Körper und Emotion, 16.-19.března 2005**

Na první pohled by se mohlo zdát, že zmínka o konferenci psychosomatické medicíny v Drážďanech nepatří do této rubriky (Politika, koncepce), ale do

následující rubriky o akcích. Ale vzhledem k tomu, že v době, kdy se toto číslo dostane čtenáři do ruky, bude již konference v Drážďanech v plném proudu, nebo dokonce již jen historií, patří zmínka o ní spíše sem. Pro naši situaci v Českých zemích docela postačí přeložit seznam jednotlivých symposií, které si němečtí kolegové dopřáli projednat:

1. Alexithymie
2. Psychologie a trauma
3. Psychokardiologie
4. Psychotraumatologie
5. Somatoformní porucha a bolest
6. Tinitus a diabetes
7. Výzkum procesu a výsledku terapie
8. Na poruchu orientovaná psychoterapie I: deprese a strach
9. Výzkum procesu psychoterapie ve stacionářích
10. Pozoruhodný případ- reflektující kasuistika
11. Psychoneuroimunologie
12. Vztah
13. Psychosomatická gynekologie
14. Psychokardiologie II
15. Poruchy příjmu potravy
16. Lékař-pacient- vztah
17. Skupinová, párová a rodinná terapie
18. Fokuserorientované intervence OCD ve stacionářích
19. Na poruchu orientovaná psychoterapie II: Somatoformní porucha a bolesti
20. Na poruchu orientovaná psychoterapie III: Poruchy příjmu potravy
21. Regulace emocí
22. Autonomní regulace a kognitivní schémata
23. Konsiliární a liaison psychosomatika
24. Psychodermatologie
25. Psychoonkologie
26. Transplantační medicína
27. Na tělo zaměřená psychoterapie
28. Muziko a arteterapie
29. Rehabilitace
30. Péče o výzkum

V každém sympoziu vystoupí 4-5 řečníků. Kromě symposií běží v rámci kongresu plenární jednání a 14 pracovních skupin. Ty se zabývají těmito tématickými okruhy:

1. Psychoanalytická psychosomatika
2. Tělová terapie a tělová diagnostika
3. Basální péče a propojení

4. Společné sezení pracovní skupiny klinické psychofysiologie a pracovní skupiny psychokardiologie
5. Poruchy příjmu potravy
6. Konsiliární a liaison psychosomatika
7. Psychosomatika a terapie popření
8. Psychoneuroimunologie
9. Tinitus
10. Rodinná psychosomatika
11. Stop-D MCS Deprese
12. Vzdělání a výzkum
13. Transplantační medicína

Tyto 56. dny Německého kolegia pro psychosomatickou medicínu v Drážďanech ve dnech 16.-19. března 2005 organizuje Klinika a poliklinika psychoterapie a psychosomatiky Universitní kliniky Carl Gustav Caruse Technické university v Drážďanech. To jen pro úplnost, aby si český lékař, zájemce o psychosomatiku uměl představit, o co jsme v České republice vzdáleni našim německým kolegům. A možná také pro informaci členům nového výboru Psychiatrické společnosti, až budou uvažovat o psychosomatice a klást si otázku, co s ní, aby se neodtrhla od psychiatrie. Dát jí prostor, aby se mohla rozvíjet. Zdá se, že má kam.

Dr.Chvála

## **První certifikáty o psychosomatickém vzdělání také v ČR- důvod k oslavám?**

To nechávám na Vás, milí čtenáři. Nenápadné kolokvium na IPVZ na Ruské ul. 16.února 2005 završilo úsilí řady lékařů, kteří kdy u nás usilovali o uznání psychosomatické medicíny. K oboru má sice ještě daleko, ale vzdělání je možné uzavřít zkouškou a osvědčením. Na poprvé byli vyzoušeni MUDr.Jiří Šavlík, CSc. (Praha), MUDr.PhDr.Lenka Hansmanová (Olomouc), doc. MUDr.Růžena Pánková.CSc. (Praha), MUDr. Vladislav Chvála a doc. MUDr.Jiří Beran, CSc. (Plzeň). Zkoušení se ujala komise vedená profesorem MUDr.Karlem Cjhmým, CSc., vedoucím katedry psychiatrie IPVZ, spolu s ředitelem IPVZ MUDr. Antonínem Malinou, PhD.MBA a PhDr.Jana Krejčíková, náměstkyně ředitele IPVZ. Příjemná atmosféra vzájemného respektu umožnila mezioborovou diskusi nad složitou problematikou psychosomatické medicíny. Všechny další zájemce z řad psychosomatických lékařů zveme, aby se přihlásili ke zkoušce u doc. J.Berana ([beran@fnplzen.cz](mailto:beran@fnplzen.cz))



## AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

### PSYCHOSOMATICKÉ INTEGRACE Mezioborová společnost při ČLS J.E.Purkyně

Vážená kolegyně, vážený kolego,  
 letošní Mezioborová konference o klinickém a experimentálním výzkumu vyšších nervových funkcí se uskuteční v rámci mezinárodního kongresu CIANS v Bratislavě v termínu od 29.6. do 2.7.2005. Tématicky se bude bratislavský kongres zabývat tradičními okruhy našeho vědeckého zájmu. Navrženy jsou následující oblasti

- elektrofyziologie regulačních a integrativních funkcí
- zvířecí modely
- učení a paměť
- neuroendokrinologie
- kognitivní modifikace chování
- modifikace rizikových chování
- teoretické aspekty
- pozitivní psychologie a well-being
- časné intervence



- psychosomatické vztahy
- vzdělávání a podpora zdraví.

Rovněž organizace přednášek bude podobná dosavadní praxi - 10 minut na přednášku, 5 minut na diskusi, jednostránkový abstrakt v angličtině do 15.4. pro potřeby účastníků kongresu, 3-5 stran textu pro publikaci v Homeostasis po jeho skončení.

Učastnický poplatek bude 75 Euro pro členy společnosti, 60 Euro pro studenty a seniory.

Předběžné přihlášky zašlete bezprostředně po obdržení této informace na e-mailovou adresu [fedor.iagla@savba.sk](mailto:fedor.iagla@savba.sk) nebo klasickou poštou na adresu

Fedor Jagla, MD, PhD

UNPFSAV

Sienkiewiczova 1

81371 Bratislava

Další informace lze získat na webové stránce CIANS v oddílu "Conferences", kterou vyvoláte na internetu <http://www.cians.org/>.

Doc. MUDr. Josef Herink, DrSc. vědecký sekretář SPI

## Z DESÁTÉ KONFERENCE

### **PhDr. Zdeněk Mahler: Transgenerační předávání zkušenosti holocaustu**

K tématu mého referátu existuje dnes ve světě rozsáhlá psychoanalytická a psychologická literatura. Málokdo proto může pochybovat o významu mezigeneračního předávání zkušenosti holocaustu. Z hlediska individuálního života je šedesát let, které nás dělí od konce druhé světové války, značný časový úsek. Proto je fascinující, že holocaust po sobě ještě dnes zanechává velmi zřetelné psychické stopy. Terapeuti pracující s přeživšími a jejich dětmi si uvědomují, jak je důležité mezigeneračním transferům porozumět hlouběji, než se dosud daří. Stoupá tím naděje, že se traumatický řetězec - alespoň v malém měřítku - bude pomocí terapie pomalu vytrácet.

Abych vám tuto problematiku alespoň přiblížil, dovolím si nabídnout kazuistickou vinětu a pak převážně teoretické zamýšlení nad předáváním zážitků holocaustu.

Nejprve tedy k pacientce Miriam (Mitrani; 2003), potomku rodičů přeživších holocaust, která pochází z jedné z bývalých sovětských republik. Tato mladá,

atraktivní žena a emigrantka vstoupila do psychoanalytické léčby v době, kdy byla vážně zapletena do kriminálního konfliktu se členy jiné rodiny, se kterou měla dříve blízké vztahy. Byla načas dokonce uvězněna, vyšetřována a pravděpodobně i sledována. Čelila tedy reálné perzekuci ze strany úřadů, policie a soudu. Snášela to těžce, trpěla trichotilomanií, tj. chorobným vytrháváním vlastních vlasů a chlupů, dále poruchami spánku a příjmu potravy, depresemi a silnou úzkostí. Když se s touto pacientkou poprvé setkal její terapeut, v duchu se divil, jak mohla tato dívka uvažovat, když dokázala páchat činy, za něž pak byla obviněna. Anebo přesněji: jak nemohla opravdově uvažovat, když činy páchala, a jak místo toho byla nucena pouze jednat. Hned po zahájení terapie pacientka takřka bez dechu vyplňovala sezení - a zároveň mysl terapeuta - dost nespojitými historkami a příhodami ze dnů, kdy se sezení konala. Terapeut pocíťoval, že nedostává dost místa k vlastnímu přemýšlení a prožívání a připadalo mu, že tráví s pacientkou čas víceméně nesmyslným způsobem. Aby to měl ještě těžší, pacientce zvonil při sezeních každou chvíli mobil (ne jeden mobil, ale hned dva), což jí nevadilo a nevnímala to jako narušování průběhu terapie. Psychoanalytik se marně snažil přijít na to, kým pro pacientku v přenosovém vztahu vlastně je, a stále se nemohl ve vztahu zachytit nějakého jiného pevného bodu.

Miriam přicházela na setkání často pozdě anebo vůbec ne. Pokaždé se ale v takových případech zdálo, že se velmi zabývá tím, jak terapeut její nepřítomnost prožívá a pokaždé ho ujišťovala, že mu i za své absence zaplatí. Ujišťovala ho tak nápadně a tak často, až se to terapeutovi zdálo divné. Tehdy začal uvažovat o tom, že Miriam na něj nakládá svou vlastní potřebu být ujišťována a své pocity nedostatku času a pozornosti věnované sobě. Napadlo ho, že se nejedná jenom o její obranu proti závislosti na terapeutovi, ale možná i o známku jejího smyslu pro povinnost vůči rodičům, tedy o něco, s čím se u potomků holocaustu běžně můžeme setkat. Nakonec si troufl vyslovit hypotézu, že ho Miriam seznamuje s dítětem v ní, s dítětem, které cítí povinnost sloužit nejprve terapeutovým potřebám a teprve pak sobě. S dítětem, které se bojí, že s ním bude terapeut nespokojený, bude-li sloužit špatně. Zdálo se, že se po těchto slovech pacientce ulevilo a přestala se tolik omlouvat. I tak se terapeut ale na konci dalších sezení stále cítil jako analytik takřka k ničemu. Zoufal si nad vlastní neschopností navázat s pacientkou opravdový kontakt, ačkoli připouštěl eventualitu, že pacientce se něco takového ze své strany podařilo dosáhnout.

Při jednom sezení Miriam udělala kratičkou pauzu uprostřed obvyklého vypočítávání různých věcí z každodenního života. Terapeutovi se v této pauze podařilo koncentrovat mysl a svěřil se pacientce s názorem, že mu dává vědět o někom nepatrném v ní, o někom, kdo nemá prostor k životu, kdo mlčí, je ztracený a sám na sebe pořádně nevidí. Řekl také, že když se mu podaří vytvořit pro tuto bytost domov v sobě, v jeho mysli, bude si pacientka lépe schopna uvědomit, kým je, a zřetelněji se bude definovat. Miriam začala tiše plakat a pravila, že je ráda, že může k terapeutovi mluvit. Zároveň ale byla vyděšená z toho, že by se měla začít

nořit do svých dětských vzpomínek, i když si uvědomovala, že do toho musí jít, pokud chce získat nad svým životem větší vládu. Když ale začne povídat o matce a otci, o svých pocitech v rodině, bude to prožívat jako zradu jejich důvěry. Tolik je jim vděčná! Jak se trápili, když měla opletačky s policií, a jak jim tím ublížila! Rodiče se jí prý ptají také na psychoanalýzu, chtějí vědět, o čem se tam mluví, a jsou ostrě proti jakékoli léčbě, kde by Miriam musela odhalovat svoje soukromí.

Terapeut na to řekl, že mu Miriam vykládá o svém pocitu, že je v sevřeni něčeho, o čem málo ví, a co ji ovlivňuje do té míry, že dělá věci, kterým sama nerozumí. I když si předsevzala, že tu bude mluvit o své duši, aby se dobrala kořene svých problémů, je vlastně donucena být zticha. Zdá se ale, že si našla jinou cestu, jak s terapeutem komunikovat. V následujícím sezení byla pacientka neobvykle zamlklá. Terapeuta zpočátku povzbudilo, že bude tentokrát ušetřen další porce vyprávění „o všem a o ničem“, nicméně jak čas utíkal, začal se cítit nesvůj a už si přál, aby Miriam konečně začala mluvit. Pocítil hlad, začalo mu škrndat v žaludku. Po několika minutách se pacientka zmínila o zemětřesení, o kterém ráno hlásili ve zprávách. Je prý tak daleko, že tady není ani cítit. Bojí se ale, aby brzy nepřišlo další, větší zemětřesení. Pak zavedla řeč na problémy se svou váhou. Blížila se totiž rodinná slavnost a její matka dala najevo obavu, že se Miriam nevejde do kostýmu, který se pro ni zdál být příliš malý. Pacientka si předsevzala, že až do oslavy bude hladovět, aby jí kostým padl. Neochotně přiznala, že ji matka podobným způsobem věčně kvůli něčemu kritizuje.

Terapeut řekl, že je vidět, jak ji taková situace s matkou rozčiluje, a že ho napadá, jestli i jemu pacientka nedává najevo, že on omezuje jí příliš malým prostorem (podobně jako matka malým kostýmem) - prostorem, kde se jí nedostává dostatek všeho, co potřebuje a proto musí hladovět. Pacientka připustila, že jí tento týden v analýze utekl rychleji, než by si přála, ale že si na to neodvažovala stěžovat. Vadí jí také příliš dlouhé víkendové pauzy v terapii, ale nechce, aby to vypadalo, že si terapeut nějak uzurpuje pro sebe. Celá zrudlá v obličeji přiznala, že je zvědavá, co terapeut dělá o víkendu a zda také světí šábek. Došlo jí, že o terapeutovi vlastně nic neví a po pravdě řečeno ho nesnáší za to, že jí o sobě nic nepověděl. Jak mu může věřit, když o něm nemá po ruce žádná fakta? A přesto právě on má na její další život velký vliv. Není to fér, ale co ona s tím může dělat?

V tu chvíli si terapeut uvědomil, že Miriam ho v přenosu prožívá jako člověka s malým ohledem na její pocity. Vnímala, že se terapeut věnuje leda sobě, svému soukromí – a to nejen o víkendu, ale stále - což ji nechává na vratké půdě, bezmocnou, malou a pohlcenou zmáháním svého osamělého čekání. Když tyto své postřehy vyslovil, Miriam se opět postupně ulevilo. Vytratil se její napěchovaný způsob mluvy, který měl vlastně za úkol vytlačovat z komunikace skutečné myšlenky a pocity. Jak se v terapii více a více dařilo uchopit přenosový scénář a pracovat s ním, mizely i další symptomy. Miriam se stávala otevřenější a odolnějši vůči agování, které ji původně zavedlo až do kriminálu.

Rodiče nikdy Miriam nevyprávěli, co se jim stalo během holocaustu. Nevyslovovaný dopad jejich zkušenosti tak nenápadně vstoupil do její mysli. Ukázalo se, že průšvihy, ve kterých se Miriam potácela, se až neuvěřitelně podobaly strastem jejích rodičů za války. Terapeut mohl tuto historii zprvu rekonstruovat jen z přenosu pacientky a také z vlastních protipřenosových zážitků. Teprve časem mohl tuto historii dotvářet díky pacientčině tetě, za kterou si Miriam nakonec troufla zajít a plaše jí položit zásadní otázky. A teta jí poprvé vyprávěla, jak to všechno bylo. Miriam se tak mimo jiné poprvé dozvěděla, že její matka prošla Osvětímí, kde jí oholili hlavu a nechali ji střídavě hladovět a pak ji zase nutili k jídlu, záměrně ji budili, aby se nevyspala, atd. Dozvěděla se, že její otec dlouho přežíval na úteku a neustále měl nacisty v patách. Nakonec se mu podařilo připojit k podzemnímu hnutí, ale stejně ho chytili a zavřeli do koncentráku.

Zdá se tedy, a tím se přesouvám k druhé, teoretické části svého příspěvku, že Miriam se pokoušela terapeutovi komunikovat svou zkušenost s rodičovskými projekcemi těchto šílených válečných dějů, stejně jako se pokoušela dostat je ze sebe agováním skrze své tělo, v přenosu i ve svém jednání. Tyto děje zůstaly dlouho ze strany rodičů – a později také Miriam – neprožité a po desetiletí oddělené od artikulovaného uvědomení.

*Mezi samotnými přeživšími panuje hierarchie utrpení, daná konkrétními lokalitami, jimiž tyto lidé během holocaustu prošli a pobyt v nich přečkali. Internace v terezínském ghettu je považována za menší psychickou újmu než věznění v Osvětímí. Základní psychologický rozdíl, se kterým se v takové hierarchii pracuje, spočívá ve dvou typech zkušenosti, které jistě vedou také k poněkud odlišnému předávání holocaustu dalším generacím.. Lidé v Terezíně byli většinou vystaveni deprivujícím situacím hladovění, zimy, nemocí, odloučení a nejistoty. Lidé v osvětimských táborech měli tuto zkušenost také, ale navíc byli vystaveni zjevnému, plánovitému vraždění ze strany perzekutorů. Hierarchie utrpení tedy implicitně rozlišuje mezi psychickou přítomností „špatných“ (agresivních, sadistických, aj.) objektů a chyběním „dobrých“ empatických objektů, které by lidi dokázaly ochránit před dopady jejich utrpení. Heinz Kohut (1985) považoval prostředí holocaustu za extrémní případ neempatických podmínek, popírajících lidskost obětí, což podle tohoto autora vedlo nejen k masivní kolektivní a individuální traumatizaci, ale také k rozsáhlým narcistickým zraněním.*

*K deprivujícímu „terezínskému“ typu zkušenosti bychom snad mohli přiřadit častější výskyt „pouze“ narcistických zranění, zatímco k agresivnímu „osvětimskému“ typu zkušenosti spíše výskyt závažných psychických traumat. Někteří takto postiženým osobám se již s „dobrymi“ objekty nedaří navázat jakékoli spojení, mohou přestávat toužit a psychicky se stahují do jakéhosi „nulového bodu“, do stavu bez vůle a bez smyslu, do zvláštnímu negativu lidského narcismu.*

Je možné, že masivní traumata typu holocaustu způsobují v psychice člověka „díry“, které specifickým způsobem postihují všechny etáže struktury jeho ega,

včetně kontinuity vědomí, vnímání, registrace, paměti, vůle, testování reality a intelektu. V této souvislosti lze použít také astrofyzikální metaforu černé díry, nasávající do sebe okolní tělesa. Za horizontem událostí těchto psychických černých děr se ztrácí také možnost jakékoli reprezentace čehokoli. Jejich prostředí je prostředím velké strukturní nestability, kde žádný vnitřní svět nemůže být organizován a žádný objekt nemůže zůstat sám se sebou identický. V místě působení traumatických děr chybí procesy organizace vnějších podnětů, jejich percepce, zkušenosti nelze dávat význam. Nastupují narcistické obrany štěpení, enkapsulace, stažení, disociace. To ostatně vysvětluje okolnost, proč lze vzpomínky na holocaust jen obtížně spojit do subjektivně hodnověrného příběhu.

O existenci traumatické díry svědčí její okraje, které de facto patří do jejího okolí. Jinými slovy, trauma zachytíme prostřednictvím jevů v jeho okolí - analogicky se způsobem rozpoznání černých děr ve vesmíru. V terapeutické situaci, například v klinické psychoanalýze, se traumatická díra objeví v přenosovém vztahu vůči analytikovi např. jako afektivní indifferencí, jako zvláštní „vztah“ k něčemu neexistujícímu - nikoli nepřítomnému, ale neexistujícímu. Když je terapeut vtažen do takové vnitřní situace, může vnímat zážitky prázdnoty, vyprahlosti, deprese a nedostatku vlastních asociací k materiálu, který pacient přináší. Občas se může terapeutovi zdát, že je z pacientova světa subjektivně vyloučen. Právě protipřenos zde slouží jako hlavní diagnostický prostředek, který může upozornit na přítomnost takových děr.

Protože se dějiny každého člověka píšou ještě před jeho příchodem na svět a člověk nejprve existuje jako fantazijní dítě v mysli svých rodičů, stává se jedinec různou měrou nositelem a mluvčím dějin, které sám neprožil. Možná je to také způsob, jak se kolektivní paměť, složená rovněž z implicitních, nevybavených vzpomínek, systémově chrání před svým zánikem. Identifikace s traumaty rodičů, jak ukazuje např. příběh pacientky Miriam, však přináší četná duševní omezení. Potomci jako ona jsou nuceni se těchto leckdy pohnutých dějin účastnit a přitom je nezkoumat (Puget; 1996). Přicházejí někdy na svět jako vzácné přísliby pokračování rodu a mají ztělesňovat triumf nad pronásledovateli. Zároveň mají traumatické dějiny předků nějak uzavřít a vyřešit. Někdy se v rámci tohoto identifikačního procesu proměňují v automaty, které reprodukuje duševní a vztahové situace, patřící do života jiných osob. Mohou také připomínat lidi trpící fantomovou bolestí po amputaci končetiny, kterou ve skutečnosti nikdy neměli. Na tuto končetinu si nepamatují a to je to jediné, co o původu bolesti vědí (Fresco). Prázdny prostor po chybějících vzpomínkách vyplňují, podobně jako jejich rodiče, fantazijními výtvoři, včetně smyšlených traumatických scénářů. Klinická zkušenost s těmito osobami ukazuje, že reálné traumatické příhody v jejich pozdějším životě oživují tyto přenesené a fantazijně obohacené scénáře a spouštějí celou kaskádu dalších traumatických reakcí.

Většina studií o psychickém předávání holocaustu dnes vychází z modelů interakce rodiče s malým dítětem. Podle nich se prvotně bezmocné dítě nachází v roli pasivního recipienta psychických projekcí svých rodičů, které musí nějak přijmout a eventuálně mírnit jejich negativní dopad. Orientace na potřeby rodičů a určitá rezignace na potřeby vlastní je považována za dominující vlastnost mnoha členů druhé generace holocaustu. Jejich předčasně vyvinutá a pokřivená empatie je způsobena tím, že se jim úplně nepodařilo zvnitřnit dobrý rodičovský objekt. Obava o jeho zachování převážila nad jinými zájmy. Melanie Kleinová (1930) charakterizovala tuto situaci jako „předčasnou empatii k prsu“.

David Rosenfeld (1997) navrhl koncept autistického zapouzdření pozitivních dětských vzpomínek, které se může vytvářet v mysli přeživších, a také koncept „osmotického tlaku“, jímž rodiče do psychiky potomků, in utero anebo později cestou behaviorálně řízené projektivní identifikace předávají svou bezmoc a hrůzu ze života. Haydée Faimberg (2001) v téže souvislosti hovoří o vměšovací funkci rodiče, pomocí které vypuzuje do mysli potomka nežádoucí části své zkušenosti. Podle této autorky existuje zvláštní druh němých, neslyšných identifikací, jimiž se ruší rozdíly mezi generacemi a subjekty se ocitají mimo svůj vlastní čas a historii. Jejich psychika je do jisté míry soustředěna okolo vnitřních reprezentací rodičů, řídicích se narcistickou logikou. V této souvislosti se někde vžil také koncept „vampyrického komplexu“ (Wilgovicz; 1999), který vliv rodičů na děti možná až demonizuje. Lze totiž namítnout, že i tento vliv podléhá individuálním idiosynkrazím. Děti si vytvářejí vůči eventuelnímu nadměrnému identifikačnímu tlaku ze strany rodičů různou senzibilitu a přístupnost a ta jim dovoluje se ve vnitřním rodičovském světě zabydlet a přežít jeho možné nástrahy. Pacientka Miriam reprezentuje skupinu těch potomků, kteří jsou holocaustem zasaženi velmi destruktivně. Takový osud ale jistě nepotkal všechny členy druhé generace. Jen někteří potomci projevují zřetelnou snahu explarovat skrývané oblasti v mysli svých rodičů a přejí si do nich pronikat, i když tuší, že jejich obsah má traumatický charakter. Můžeme u nich pozorovat neobvyklou otevřenost, ba na první pohled ochotu plnit svůj vlastní psychický prostor obstruktivními nebo perzekučními objekty. Takové své „hltání“ přitom nedokážou procesovat na myšlenkové úrovni, ale spíše je používají, shodně s Miriam, jako impulzy k akci anebo jako vágní projekce do vlastního těla. Vedle nutkavého charakteru takového chování a jeho infantilního základu, bychom měli brát zřetel také na aktivní podíl potomků při zvnitřňování rodičovských traumat. Existují případy, kdy potomci iniciativně ožívají ve svých rodičích traumatické komplexy a vzpomínky a celý proces uvádějí znovu a znovu do chodu. Někteří z nich svou mysl nabízejí jako kontejner pro rodičovskou zkušenost a své rodiče k předávání traumat svádějí. Judith Mitrani (2003) navrhuje takový mechanismus předávání holocaustu v raném dětství, kdy nejdříve potomek do rodiče projikuje své pocity „normativní“ bezmoci a ztráty. Jestliže tato dětská zkušenost pronikne do „černé skříňky“ v mysli rodiče, ve které jsou uloženy scény a afekty z holocaustu, mohou se dítěti projekce vrátit doplněné o rodičovskou úzkost a jiné dysforické stavy. Tímto cyklickým způsobem do sebe

dítě nasává cizí stavy a stahuje do své mysli zároveň podstatné části psychiky druhých lidí.

Pacientka Miriam žila dávnými událostmi na způsob nočních můr, téměř reprodukovala scény a účinky holocaustu a byla neschopna jejich plné mentální elaborace. Sloužila tedy do jisté míry jako extenze rodičovské mysli, jako ztělesnění jejich identifikací. Můžeme to chápat jako příklad situace, kdy přeživší rodiče žijí životy skrze své děti. Nabízí se ale i komplementární, pro někoho možná absurdní pohled, z něhož můžeme příběh Miriam zkoumat jako situaci, kdy děti žijí své životy skrze životy rodičů, protože sami nemají z různých důvodů dost sil na to, aby si vytvořili a žili vlastní příběh.

## LITERATURA

**Faimberg** Haydée – Narcistický rodič a střet generací; Psychoanalytické nakladatelství, Praha 2001

**Fresco** Nadine – Remembering the unknown; IJPA, 11

**Gerzi Shmuel** – **Trauma, Narcissism And The Two Factors In Trauma; nepublikovaný text**

**Green** André – Life Narcissism, Death narcissism; London and New York, Free Association Books, 2001

**Kohut** Heinz – Self-Psychology and Humanities; New York, W.W.Norton, 1985

**Mitrani** Judith – Notes on some transference effects of the holocaust: unmentalized

Experience and coincidence of vulnerability in the therapeutic couple; Israel psychoanalytic Journal, Vol.1, No.1, 2003

**Puget** Janine – Delayed Effect Of Trauma: The Transgenerational Transmission Of Character And Pathology – Social Trauma And Family Trauma; 6<sup>th</sup> IPA Conference On Psychoanalytic Research, UCL, 8-9 March 1996

**Rosenfeld** David – Understanding varieties of autistic encapsulation: A homage to Frances Tustin. In: Encounters with autistic states; J.+ T. Mitrani, Northvale, N.J.:

Aronson 1997

**Wilgowicz** Perel – Listening psychoanalytically to the Shoah half a century on; IJPA, 80:429-438, 1999

## HISTORIE OBORU

### MUDr.Jozef Hašto: PSYCHODYNAMIKA ÚZKOSTI

Psychiatrické oddelenie NsP Trenčín, riaditeľ MUDr. Pavol Sedláček, MPH

„Spánombobom buď z adobre a čerta nepopudzuj.“  
slovenské porekadlo (24)

#### Súhrn

Úzkosť je ubikvitná emócia. Úzkosť je obsiahnutá v mnohých psychických poruchách. Úzkostné poruchy, pri ktorých je úzkosť a jej spracúvanie v popredí sa

dajú pomerne ľahko diagnostikovať. Psychodynamika si všíma súvislosti medzi psychickými fenoménmi, zážitkami, vzťahmi, situáciami, náväznosťami v čase. Moderná hlbinná psychológia (rôzne psychodynamické smery inšpirované psychoanalýzou) nazbierala množstvo poznatkov o psychodynamike úzkosti. Udiali sa pokroky v neurobiológii emócií a úzkosti. Terapia úzkostných porúch je založená na psychoterapii a/alebo na farmakoterapii.

### **Kľúčové slová**

úzkosť, úzkostné poruchy, psychodynamika

Úzkosť je ubikvitným fenoménom v ľudskom živote. Evolúcia nás ňou vybavila pretože máme lepšie šance prežiť ak sa ohrozeniu vyhneme alebo ho minimalizujeme. Úzkosť tiež významne prispieva k regulácii interpersonálnych vzťahov, vzťahov v skupine, spoločnosti.

Je úzko spojená s tendenciou k útekovému správaniu. Keby sme neboli vybavení úzkosťou malo by to nedozierne následky pre jedinca i spoločenstvo. Predstavme si, že by sme každý problém, konflikt riešili so zlosťou a útokom a pritom by sme ani nemali výčitky svedomia („superegovú úzkosť“).

Agresívne násilie by nemalo konca-kraja. Deficit úzkosti a výčítiek svedomia patrí k jednému špeciálnemu typu poruchy osobnosti – antisociálna porucha. Často sa dostávajú do väzenia a často sa tam vracajú.

### **Úzkosť ako porucha**

O mnoho častejší problém je, že človek má nadmerný sklon k úzkosti. Ak je úzkosť a jej spracúvanie v popredí klinického charakteru, hovoríme o spektre úzkostných porúch (13). Úzkosť sa napr. aktivuje aj v situáciách a pred objektami, ktoré objektívne nie sú nebezpečné (*fóbie*), alebo sa objavujú záchvaty extrémnej úzkosti – *paniky*, ktorá do 10 minút vrcholí a potom opadáva. Na vrchole paniky človek nie je schopný sporiadane myslieť, sústrediť sa, často má pocit, že zomiera, pretože má pocit nedostatku vzduchu, búši mi srdce, potí sa, prípadne má problém udržať moč a stolicu. - Ale nastavenie na úzkostné vyladenie môže byť aj dlhodobý stav s tendenciou robiť si starosti (*generalizovaná úzkostná porucha*), prípadne je úzkosť súčasťou *obsedantne-kompulzívnej poruchy (OCD)*, človek sa ju „pokúša“ neutralizovať určitými myšlienkami alebo úkonmi, ak ich nevykoná, narastá jeho úzkosť. - Ľudia, ktorí zažili psychotraumu (situáciu extrémneho ohrozenia bezpečia, života) môžu mesiace, roky, by aj celý život trpieť vracajúcimi sa nechcenými spomienkami na udalosť, čo je často spojené s intenzívnou úzkosťou alebo úzkostnými snami (*posttraumatická stresová porucha*), akoby neboli schopní “zmetabolizovať“, spracovať zážitok psychotraumy. - Úzkosť je častou súčasťou *reaktívnych* stavov (reakcia na významnú životnú udalosť, obvykle prechodná, často spojená s depresiou a/alebo úzkosťou. - A úzkosť je takmer všadeprítomná aj pri rôznych iných psychických poruchách, napr. s organickou etiológiou, pričom organický faktor môže spôsobovať štrukturálnu léziu alebo reverzibilnú funkčnú



poruchu regulácií CNS. - Úzkosť často sprevádza aj *endogenomorfnú depresiu* („Mám strach!“ „A čoho sa bojíte?“ „Všetkého.“). Inokedy sa viaže na starosť o telesnú a duševnú intaktnosť (hypochondrické a autoakuzачné myšlienky vo forme ovládaných predstáv alebo až bludov) alebo na starosť o materiálne zaistenie (myšlienky o schudobnení, blud schudobnenia). - Aj pri *schizofrénnych a schizoafektívnych poruchách* hrá úzkosť často tiež významnú úlohu. - Medzi *akútne prechodné psychotické poruchy* dnes zaraďujeme aj K. LEONHARDOM opísané zvláštne typy psychóz, ktoré označoval ako „úzkostne-extatické“. Pri epizóde úzkosti môžu mať pestré bludné predstavy, rôzne narušenú motoriku a schopnosť súvisle myslieť.

Úzkosť a s ňou spojené ďalšie symptómy majú charakter *poruchy* vtedy, keď človeku a obvykle aj jeho okoliu spôsobujú utrpenie a obmedzujú jeho schopnosť postarať sa o seba, fungovať v rodine a domácnosti, pracovať a fungovať v širšom sociálnom kontexte.

Niekedy je úzkosť a jej spracúvanie dominantným znakom *poruchy osobnosti*, ktoré môžeme chápať ako vystupňovanie určitých povahových zvláštností. Podľa charakteristických osobnostných črt potom diagnostikujeme napr. vyhýbavú (sebaneistú), obsedantnú, závislú osobnosť. Prvý typ osobnosti sa vyhýba bližšiemu kontaktu s ľuďmi kvôli obave, že nebude bezvýhradne prijatý, druhý je perfekcionistický, pedantný, šetrný či skúpy, tretiemu chýba autonómia, je závislý, podrobný, necháva za seba rozhodovať druhých. (21)

## Deskriptívny a dynamický prístup

Zatiaľ čo deskriptívna diagnostika úzkosti pri rôznych duševných poruchách a špeciálne diagnostika úzkostných porúch je pomerne jednoduchá, pokiaľ lekár pozná diagnostické kritériá (21) a dokáže viesť empatický rozhovor s pacientom (4,23), zložitejšie je odhaľovanie hlbších súvislostí úzkostnej problematiky (dynamická psychiatria (6)). K tomu už potrebujeme vedieť viac o pacientovom živote, o jeho životnej skúsenosti vrátane obdobia detstva (biografická anamnéza)(8).

Eugen BLEULER (5,6), významný švajčiarsky psychiater prvej polovice 20. storočia rozlišoval „psychofóbnych“ a „psychofilných“ lekárov. Prví majú tendenciu skotomizovať psychickú a psychosociálnu problematiku svojich pacientov a zaujíma ich len telo a telesná stránka choroby, poruchy. Druhý typ lekárov si všíma aj duševný stav pacientov, ich subjektívny svet myšlienok, emócií, prejavov správania. Tento druhý typ lekárov si pomerne ľahko môže osvojiť ako základy deskriptívnej tak aj psychodynamickej psychiatrie.

Psychodynamika si kladie otázku, ako určitý psychický fenomén súvisí s ostatnými psychickými fenoménmi, súčasnými, predchádzajúcimi, novovznikajúcimi (2,16).

## Psychodynamika úzkosti

### **Vráťme sa ale k fenoménu úzkosti.**

Úzkosť je vlastne emócia, ktorá

- reprezentuje *prianie vzdialiť sa z miesta, kde je objekt*,
- je spojená s myšlienkovou anticipáciou nebezpečia,
- prejavuje sa telesne-vegetatívnou excitáciou a zvýšenou vigilanciou („nabudenosťou“),
- niekedy je v popredí somatická excitácia, inokedy myšlienkový aspekt.

Úzkosť je teda psychosomatický fenomén, ktorého psychické a somatické aspekty môže človek prežívať veľmi odlišne. - Telesne môže človek prežívať úzkosť ako rýchly pulz, nepravidelný pulz, závrat, pocit slabosti, pocit nedostatku vzduchu, slabosť v nohách, zovretie pri srdci, potenie, nutkanie na močenie, stolicu. - Psychické prežívanie úzkosti môže mať podobu obavy, starosti, stiesnenosti, rozrušenosti, „nervozity“, pocitu straty kontroly nad sebou („byť bez seba“), paniky, strachu zo smrti, strachu zo zániku sveta (18).

Položme si teraz ale otázku, aké sú zdroje úzkosti? Z akej vrstvy osobnosti pochádza? S akým vývinovým štádiom súvisí? S akou zrelosťou alebo nezrelosťou osobnostnej štruktúry?

Psychoanalýzou inšpirované psychoterapeutické školy (hlbinné/psychodynamické š.) sa celé desaťročia usilovali odpovedať na tieto otázky. A jestvujú viaceré vydarené prehľadné súhrny týchto nálezov a konceptov (17,18,20).

Psychodynamická diagnostika úzkostnej problematiky zohľadňuje na akej úrovni zrelosti alebo nezrelosti funguje pacientova osobnosť (1). Zrelá úroveň napr. znamená, že človek je schopný jasne rozlišovať medzi svojím subjektívnym svetom a vonkajším svetom, pre svoju duševnú rovnováhu nepotrebuje už bezpodmienečne prítomnosť druhého človeka (má vyvinutú „objektnú konštantnosť“). Pri nezrelej štrukturálnej úrovni fungovania osobnosti má človek problémy správne hodnotiť realitu, keď nemá pri sebe blízku osobu fantazíruje jej neexistenciu atď. - Zrelosť či nezrelosť štrukturálnej úrovne úzko súvisí s konceptom psychickej ontogenézy človeka. Nezrelá štruktúra poukazuje na včasné obdobie života dieťaťa, na fixáciu alebo regresiu k modalitám prežívania a správania charakteristickým pre toto obdobie. Zatiaľ čo nezrelú štruktúru môžeme hypoteticky spájať s prvými 2 rokmi života, relatívne zrelá štruktúra sa konštituuje okolo 5 rokov života.

#### **Ako je to teda s úzkosťou na relatívne zrelej štrukturálnej úrovni?**

- Zdrojom úzkosti tu môžu byť vytesnené libidinózne (s láskou, erotikou a sexualitou súvisiace) a agresívne-deštruktívne pohnútky. Úzkosť sa môže aktivovať aj vplyvom regresívnych impulzov (symbiotických, orálne kanibalistických, exhibicionistických, voayeristických, orálne sadistických, narcistických, incestuózných – touto hrozivo zrejúcou terminológiou sa opisujú vcelku bežné detské tendencie v prežívaní a správaní). Človek sa môže pokúšať zvládať túto konšteláciu pomocou forsírovanej obrany voči pudom a tiež napr. externalizáciou. („Druhí to robia.“).

- Ďalším zdrojom úzkosti tu je úzkosť z viny, úzkosť zo svedomia („superegová úzkosť“). Pokus o zvládanie môže mať podobu prehnaného podriaďovania sa autoritám ako externalizovanému superegu, a čo je zvlášť spoločensky nebezpečné, delegovania morálnej zodpovednosti na druhých spojeného s idealizáciou poslušnosti. (Spomeňme na páchanie zla v totalitných režimoch či už komunistických alebo fašistických: „Také boli zákony“, „Plnil som si len svoju povinnosť“, „Riadil som sa rozkazmi nadriadených“.)
- Úzkosť tu (na relatívne zrelej úrovni) môže súvisieť aj s tzv. kastráčnou úzkosťou, ktorá sa v modernej psychoanalýze chápe ako úzkosť z poškodenia trestajúcimi ľuďmi, úzkosť z bolesti a utrpenia. - Pokus o zvládnutie tejto úzkosti môže mať podobu narcistickej všemocnosti.

### **A ako je to s úzkosťou na strednej štruktúrnej úrovni?**

- Problematiku tejto štruktúry môžeme vidieť v súvislosti s tzv. análnym štádiom vývinu (FREUD), kedy dieťa bojuje o správnu formu vzťahu – o autonómiu.
- Úzkosť zo straty lásky od významnej vzťahovej osoby (v psychoanalytickej terminológii: od objektu) tu dominuje. Je to úzkosť, že subjekt pre dôležitý objekt už nebude hodný lásky, že bude odmietnutý. - Pokus o zvládanie môže mať podobu prehnaného prispôsobovania sa, ponúkania sa, dávania sa k dispozícii.
- Úzko s tým súvisí aj strach zo straty vlastnej hodnoty (labilné sebavedomie, sebahodnotenie). Je v hre úzkosť zo zahanbenia, „straty tváre“, z „narcistického zranenia“, zo zlyhania. - Pokus o zvládanie môže mať podobu snahy o zvýšenie sebahodnotenia, napr. cez výkon.
- Patria sem aj úzkosti zo straty autonómie, zo závislosti, z podriadenosti, z toho že sa budú musieť vzdať „samých seba“. - Pokusom o zvládanie môže byť forsírovaná autonómia.
- Ďalšie úzkosti strednej štruktúrnej úrovne súvisia s problematikou agresie: úzkosť z premoženia objektami, z prenasledovania, poškodenia, podmanenosti, trýznenia, zničenia.
- Zvládacie stratégie môžu mať podobu nedôvery voči druhým, projikovania vlastnej nenávisťi na cudzích: „Nie ja ich nenávidím, oni ma nenávidia“. Vznikajú „obrazy nepriateľa“. Človek alebo celé rodiny (ba niekedy prechodne celé spoločenstvá) sa bojovo ohraničujú voči vonkajšiemu svetu.
- Ak dominuje úzkosť z vlastnej agresivity, môže sa to prejavovať úzkosťou zo zranenia, poškodenia objektov, z ich zničenia (napr. aj vplyvom vlastných nárokov na autonómiu). - Pokus o zvládnutie: prilnutie vo vzťahovej väzbe, starostlivé opatrovanie druhého/druhých (v rámci reaktívneho výtvoru).

**A konečne sa dostávame k úzkostiam na *ranej teda nezrelej štruktúrnej úrovni* (súvisiacej s orálnym štádiom vývinu podľa FREUDOVEJ terminológie).**

- Psychodynamika tejto štruktúrnej úrovne sa v podstate kryje s psychodynamikou hraničnej (borderline) osobnostnej štruktúry (pozri diagnózu F 60.31) a s psychoanalytickým konceptom „schizoidnej neurotickej štruktúry“ ako aj s „narcistickou poruchou osobnosti“, ktorá v ICD-10 je explicitne vymedzená len v dodatku k Výskumným kritériám (21).
- Úzkosť zo straty objektu tu hrá dôležitú úlohu: úzkosť z odlúčenosti, zo straty životne dôležitého objektu (osoby), zo straty bezpečia, istoty, harmónie; úzkosť je hlbšia: z bezmocnosti, z opustenosti, z vydanosti napospas veľmi mocnému zlému objektu (spomeňme na fantázijské podoby tohto strachu: zlé draky v rozprávkach, monštrá v hororoch), človek prežíva strach z prenasledovania, zničenia. - Pokus o zvládanie môže mať podobu úsilia o harmonické, idylické vzťahy s objektami, človek môže vyslovene lpiť na idyle (čo je v reálnom živote ťažko dosiahnuteľné).
- Keďže blízke vzťahové osoby spôsobovali bolesť a negatívne emócie dieťaťu v ranom detstve, rezultuje úzkosť z blízkosti (túžba po blízkosti zostáva, ale súčasne sa aktivuje veľká úzkosť): úzkosť zo splynutia s objektom, zo straty vlastnej autonómnej existencie, z toho, že bude „zožratý, prehltnutý, pohltený“ (v meditáciách, imagináciách a snoch to môže mať konkrétnu podobu: obrovská papula ide zhltnúť človeka, hrozí, že ho stiahne vodný vír do hĺbín, že sa prepadne do zeme atď.). - V rámci zvládania týchto úzkostí sa môže človek vyhýbať blízkosti, bráni sa svojím túžbam po blízkosti s druhým, má tendenciu kontrolovať a znehodnocovať objekty (znehodnotený objekt už nie je taký atraktívny).
- Ďalší typ úzkostí na ranej štruktúrnej úrovni môžeme označiť ako „úzkosť zo straty seba“: úzkosť z nebytia, prázdnoty, rozplynutia sa, z ničoty, smrti.- Pokusy o zvládanie poznáme od našich pacientov i z aktivít časti mládeže: cez zvýšenú motorickú a senzorickú aktivitu (šport s mimoriadnym nasadením, hlasná hudba, tanec), niekedy sa deje sebastimulácia pomocou sebaoporaňovania (rezné rany, popálenia kože atp.).

Takéto diferencované chápanie úzkosti má svoje terapeutické implikácie. Záujem, porozumenie a empatia, ktorú pacient vníma a cíti od svojho terapeuta, je mocným psychoterapeutickým faktorom. - Pri úzkostiach na relatívnej zrelej úrovni bude terapeut navyiac podnecovať k rozšírenému konceptu seba. „Aj tieto pudy, potreby patria ku mne, prečo nie?“ To, čo je vytesnené a mimo vedomej kontroly sa má stať prístupné pacientovmu vedomiu a jeho kontroly zo strany „ja“ ako psychickej inštancie, ktorá integruje, rozhoduje, robí kompromisy, berie do úvahy realitu, následky konania. - Na strednej úrovni bude terapeut podnecovať pacienta k väčšej samostatnosti, autonómnosti, slobode, odvahe. Opora vo vzťahu s terapeutom je pritom dôležitým pevným bodom, ktorý umožňuje zdravý vývin aj vývin prirodzenej autonómie. - Pri raných úzkostiach je centrálnym terapeutickým faktorom bezpečie a istota vo vzťahu, jeho dostupnosť a konštantnosť.

**Emocionalita = „afektívny systém“**

Dosiaľ sme sa zaoberali psychológiou a hlavne psychodynamikou úzkosti a pri tom sme úplne ponechali stranou ostatné emócie. Prirodzene, že primeraný pohľad na problematiku úzkostného pacienta si vyžaduje zohľadňovanie celej afektivity. Afektívny (emočný) systém, podobne ako pudy patrí s vrodenej fylogenetickej výbave človeka (10,11). V priebehu hominizácie došlo k uvoľneniu pevného, schematickeho inštinktívneho správania a popritom hypotrofoval afektívny systém. Tým, že komponent sociálnej signalizácie afektu (mimika, gestá, postoj), teda signalizácia pripravenosti ku konaniu môže byť odpojená od motivačného komponentu, samotného vykonania, vzniká priestor pre vnútorné a vonkajšie komunikačné procesy. Vznikol tak akýsi slobodný priestor pre inteligentné riešenie sociálnych problémov (9).

Čo prezentujú jednotlivé emócie? Aké prania sú v nich obsiahnuté? Pozrime sa najprv na emócie regulujúce vzťahy. Kvôli stručnosti uvediem k jednotlivým emóciám slovne vyjadrené prania, ktoré prezentujú (9):

- Hnus – „Ty objekt choď zo mňa von!“
- Hnev – „Ty zmizni, ja zostanem!“
- Úzkosť – Subjekt si praje vzdialiť sa od objektu.
- Smútok – Prianie opäť obnoviť minulé interakcie s objektom.
- Úľava s radosťou - Neprítomnosť „zlého“ objektu pri jeho momentálnom mentálnom sprítomnení.
- Radosť – „Ty objekt zostaň aký si!“

Zatiaľ čo vyššie uvedené emócie sa uplatňujú hlavne v regulácii vzťahov, zvedavosť, záujem a prekvapenie sa uplatňujú pri spracúvaní informácií, podnetov od objektov, nadväzovaní vzťahu so svetom. Neoanalytik SCHULTZ-HENCKE (19) hovoril v tejto súvislosti o „intencionalite“, etológ by iste tieto emócie priradil k hravému a exploračnému správaniu (11).

V praxi každého lekára je žiadúca jeho vysoká senzibilita na vnímanie emócie hanby u pacienta a taktiež empatické zaobchádzanie s touto emóciou, ktorá ak sa príliš aktivuje môže zablokovať diagnostický a terapeutický proces. Pacient kvôli nej môže jednoducho prerušiť kontakt s lekárom.

Hanba je príbuzná s hodnotením, že človekom pohrdajú, že je pokorený, vysmievaný. Psychodynamicky sa dá hanba chápať ako internalizovaný hnus od objektu alebo skupiny, ku ktorej subjekt patrí. Hanba sa aktivuje pri odhalení slabosti, defektu, „špinavosti“. Namiesto láskavého prijatia naráža človek na odmietanie a kritiku.

Hanba a depresia sú emócie, nálady, ktoré podnecujú sebareflexiu.

Psychodynamické skúmanie depresie viedli k stručnému konštatovaniu, ktoré sa nápadne zhoduje či aspoň prekrýva s evolučne-biologickými teóriami depresie. Depresia sa dá chápať ako *internalizovaná zlosť určitého objektu, ktorý nemožno opustiť a ktorý by subjekt rád zahnal* (9). Ambivalenčný konflikt tu paralyzuje človeka v depresívnom ustrnutí.

## Členenie afektívneho systému

V psychoterapii pacientov s úzkostnými poruchami, ale aj pri iných poruchách sa osvedčuje *členenie afektívneho systému na subsystemy (9)*:

1. expresívny komponent – výraz tváre, vokalizácia (neverbálne signály podstatne určujú obsah hovoreného),
2. psychofyziológický komponent – aktivácia, deaktivácia autonómneho a endokrinného systému (môže sa prejavovať aj pri chýbaní expresie! napr. pri psychosomatických ochoreniach),
3. motivačný komponent – prejav v telesnom svalstve a v držaní tela (plní aj rolu expresívneho signálu), pohotovosť k motorickému správaniu,
4. vedomé vnímanie telesného komponentu,
5. pomenovanie a hodnotenie vnímania vyvolávajúcej situácie ako aj priradenie k oblasti self alebo objektívneho sveta.

Členenie afektívneho systému na komponenty sprehľadňuje terapeutické indikácie.

V rámci asertívneho tréningu sa pacient môže učiť sprevádzať obsah svojej reči primeranými neverbálnymi signálmi aby bol pre okolie zrozumiteľnejší, jasnejší a mal lepšie šance ovplyvniť svoje okolie (pozri bod 1). Autogénny tréning, Jacobsonova progresívna relaxácia alebo hypnóza môžu napomôcť k prehĺbenému uvoľneniu a harmonizovať niekedy aj dlhodobé vychýlenie regulácie autonómneho nervového a endokrinného systému (pozri bod 2). Habituálne držanie tela podmienené dlhodobým nastavením na určitú emóciu, napr. úzkosť alebo zlosť môže viesť napr. k vertebrogénnym ťažkostiam a zmena môže začať od prežívania a prúčania motorických vzorcov (pozri bod 3). Vedomé vnímanie telesného komponentu môže viesť k plnšiemu a jemnejšiemu emočnému vyhodnocovaniu situácií, predstáv (pozri bod 4). Terapeutická práca na piatom komponente znamená v rozhovore klarifikovať, konfrontovať a primerane interpretovať vyvolávajúce situácie a s nimi obvykle spojené emócie. Pre pacienta je to akési učenie sa emočnej gramotnosti. Terapeutické intervencie môžu mať napr. podobu „Opíšte v akej ste boli situácii, keď ste začali mať ten pocit (symptóm). Aké myšlienky, čo ste si hovorili?“ Alebo: „Ja na vašom mieste by som asi cítil hnev...“ Alebo: „Skúste presne opísať čo ste videli, ako sa ten človek správal, čo vám povedal. Bez toho, že by ste to hodnotili“. „A teraz, ako ste to brali?“

## Úzkosť a jazyk

Naša reč je plná vyjadrení, ktoré opisujú emočný stav, prejav či už vlastný alebo u druhého človeka. Bez nárokov na akékoľvek systematické usporiadanie pozrime sa aspoň na niektoré.

*Niektoré verbálne vyjadrenia, ktorých obsahom je alebo môže byť úzkosť.*

*Od subjektu:*

- ✓ Mám strach.
- ✓ Bojím sa.
- ✓ Bol som vydesený.
- ✓ Bol som v šoku.
- ✓ Zľakol som sa.
- ✓ Vystrašilo ma to.
- ✓ Mám obavy.
- ✓ Mám starosť.
- ✓ Mám úctu voči...
- ✓ Mám výčitky svedomia.
- ✓ Som opatrný.
- ✓ Bol som v panike.
- ✓ Začal som sa dusiť.
- ✓ Desí ma to.
- ✓ Je to nebezpečné.
- ✓ Najradšej by som sa schoval.
- ✓ Ohrozuje ma to.
- ✓ Najradšej by som ušiel.
- ✓ Mohlo by mi to uškodiť.
- ✓ Ustrnul som v hrôze (úľak + bezmocnosť).
- ✓ Bude to katastrofa.
- ✓ Vyschlo mi v ústach.
- ✓ Myšlienky mi vírili hlavou, chaos v hlave.
- ✓ Rozbúšilo sa mi srdce.
- ✓ Dostal som závrat.
- ✓ Bolo mi na omdlenie.
- ✓ Pomočil, pošpinil som sa.
- ✓ Zovrelo mi srdce.
- ✓ Zovrelo mi krk.
- ✓ Podlomili sa mi kolená (v úľaku).
- ✓ Roztriasli sa mi ruky.
- ✓ Zalial ma pot.
- ✓ Som nervózný (často úzkosť, niekedy zlosť, inokedy zmes)
- ✓ Stratil som odvahy.
- ✓ Čo ak ma odmietne?
- ✓ Čo ak ma prestane mať rada/rád?
- ✓ Čo ak ju/ho stratím?
- ✓ Čo ak nebudem mať úspech?
- ✓ Čo keď som vážne chorý?
- ✓ Čo keď ma potrestajú?
- ✓ Čo keď budem mať bolesti?
- ✓ Z čoho budem žiť?

- ✓ Čo na to povedia ľudia?
- ✓ (Strach z anticipovaného pohrdania, výsmechu od ľudí a následnej hanby.)
- ✓ Čo keď ma chce držať v závislosti, ovládať ma, manipulovať mnou?
- ✓ Čo ak sa prestanem ovládať?
- ✓ To by sa mi zrútil celý svet.
- ✓ To by som neprežil.
- ✓ To asi nezvládnem.
- ✓ To asi nevydržím.

*Niektoré ďalšie verbálne vyjadrenia, ktorých obsahom je alebo môže byť úzkosť.*

*Od objektu:*

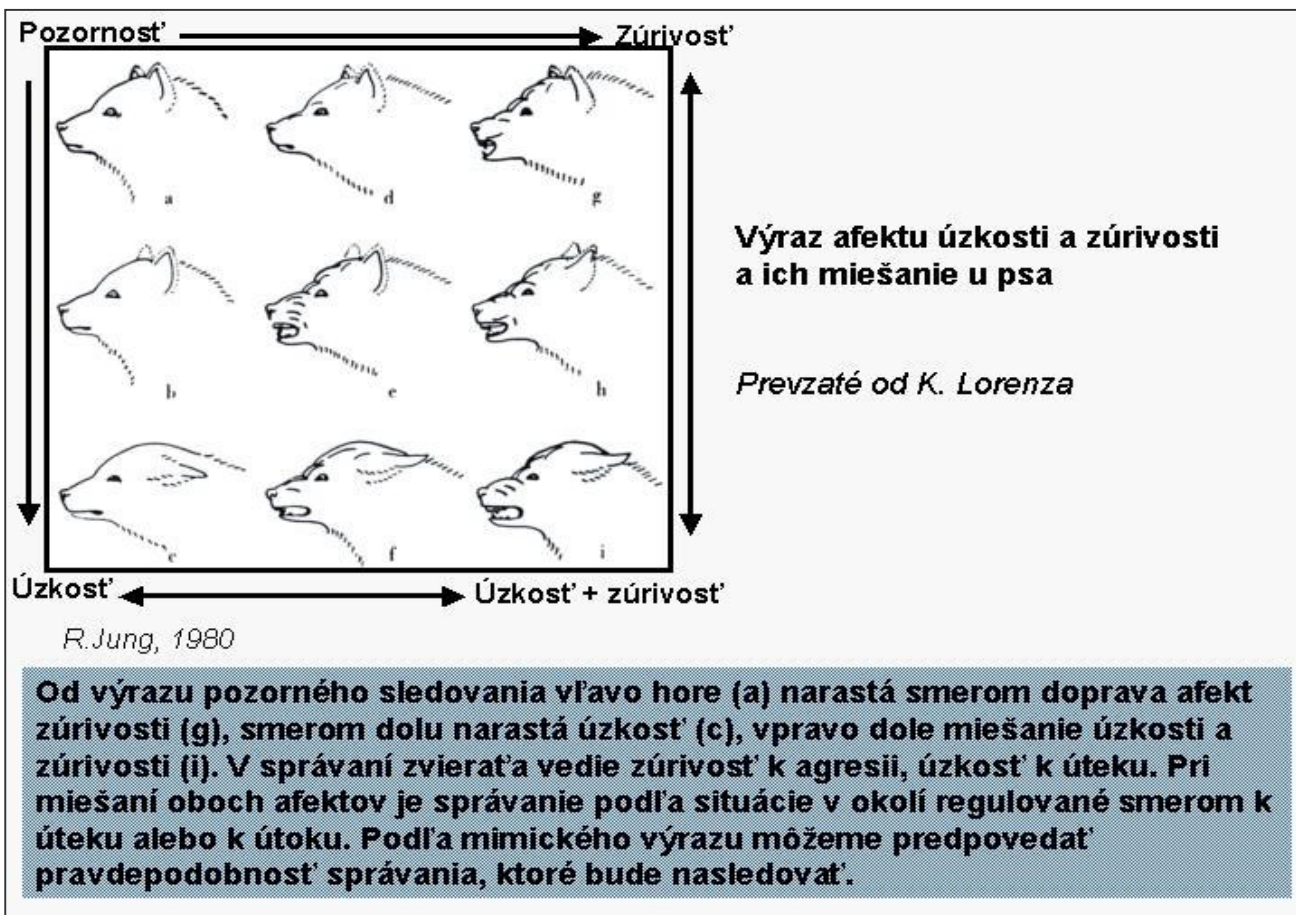
- ✓ Je pedant.
- ✓ Puntičkár.
- ✓ Je to bojko.
- ✓ Je bojazlivý.
- ✓ Strachopud.
- ✓ Je ustarostený.
- ✓ Nesmelý.
- ✓ Posero.
- ✓ Zalapal po dychu.
- ✓ Je predposratý. (pardón, ale používa sa to. Pozri na nutkanie pri úzkosti a tendenciu k nadmernej opatrnosti u niektorých úzkostných ľudí.)
- ✓ Je vyľakaný.
- ✓ Bojí sa.
- ✓ Nemá odvahu.
- ✓ Vyhýba sa.
- ✓ Je plachý.
- ✓ Zbledol.
- ✓ Uniká (napr. v rozhovore).
- ✓ Roztriasol sa.
- ✓ Schováva sa za...
- ✓ Je svedomitý.
- ✓ Bohabojný.
- ✓ Podlízavý.
- ✓ Strká sa do zadku (strach zo silnejšieho a pokus o získanie ochrany)
- ✓ Škrupulózny.
- ✓ Nemá čisté svedomie.
- ✓ Nepripúšťa si to (často vytesnenie niečoho, čo by vyvolávalo úzkosť, smútok alebo hanbu).
- ✓ Riskuje (možná obrana pred úzkosťou, „antifobické správanie“).
- ✓ Tvári sa ako hrdina, ale srdce má v gatiach (antifobické správanie).
- ✓ Sklopil uši.



- ✓ Stiahol chvost.
- ✓ Bočí pohľadom.
- ✓ Zaliezol.
- ✓ Už nevystyrkuje hlavu.
- ✓ Čo ti uleteli včely?
- ✓ Tichý hlas.
- ✓ Triasol sa mu hlas.
- ✓ Neodhryznem ti z nosa (dominantný objekt vníma strach u subjektu a chce ho upokojiť, nie veľmi vhodne).
- ✓ Stratil reč.
- ✓ Zajakal sa od úzkosti.
- ✓ Bojí sa pravde pozrieť do očí (vytesňuje, popiera).
- ✓ Zamlčal pravdu.
- ✓ Klamal.
- ✓ Vyhol sa odpovedi.


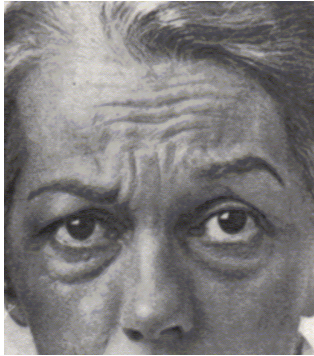

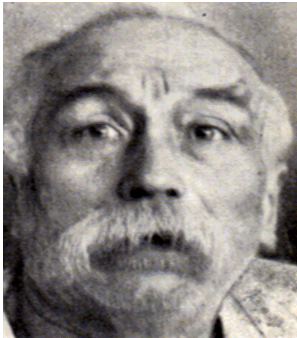
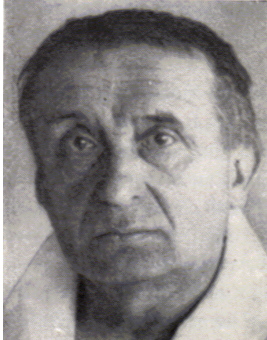


### **Výrazy úzkosti v mimike**

K. LORENZ, jeden zo zakladateľov etológie bol vynikajúci znalec psov. Na jednom obrázku nakreslili výrazy v tvári, ktoré vyjadrujú emóciu pozornosti, úzkosti, zúrivosti a ich miešanie. Táto mimika umožňuje pozorovateľovi predpovedať aké správanie bude nasledovať. Obrázok č.1 Výraz afektu úzkosti a zúrivosti a ich miešania u psa (podľa 10)



Výskum ľudskej mimiky a jej „odčítavania“ druhými je v súčasnosti pomerne intenzívny a vedie k zaujímavým nálezom. Napr. aktivácie odmeňujúceho systému v mozgu (22) pri pozorovaní obrázku sympatickej osoby. Aktivácia sa deje cez nucleus A-10 v strednom mozgu, dopaminergnými dráhami pôsobí na prefrontálnu kôru a iné dráhy napojené na n. accumbens zaisťujú produkciu endogénnych opiátov v prefrontálnej kôre; podobný efekt má aj čokoláda (obsahuje fenyletylamín), pekná hudba, kokain, zážitok lepšieho výsledku, než človek očakával. Aktivácie mozgových štruktúr sa teraz dajú sledovať pomocou zobrazovaných metód MRT a PET; má to význam aj pre našu tému úzkosti: snáď to pomôže niektorým lekárom uveriť v to, že aj oni samotní sú liekom. Vľúdna tvár lekára má upokojujúci účinok na zneisteného pacienta!

Ale pozrime sa teraz na niektoré úzkostné mimické výrazy, ako ich uvádza K.LEONHARD vo svojej monografii o ľudskom výraze v mimike, gestách a neverbálnych rečových prejavoch (14)

		
nedôvera-strach	úzkosť	strach
		
úzkostný údiv	úľak	starosť
		
	poddanie sa s úzkosťou	

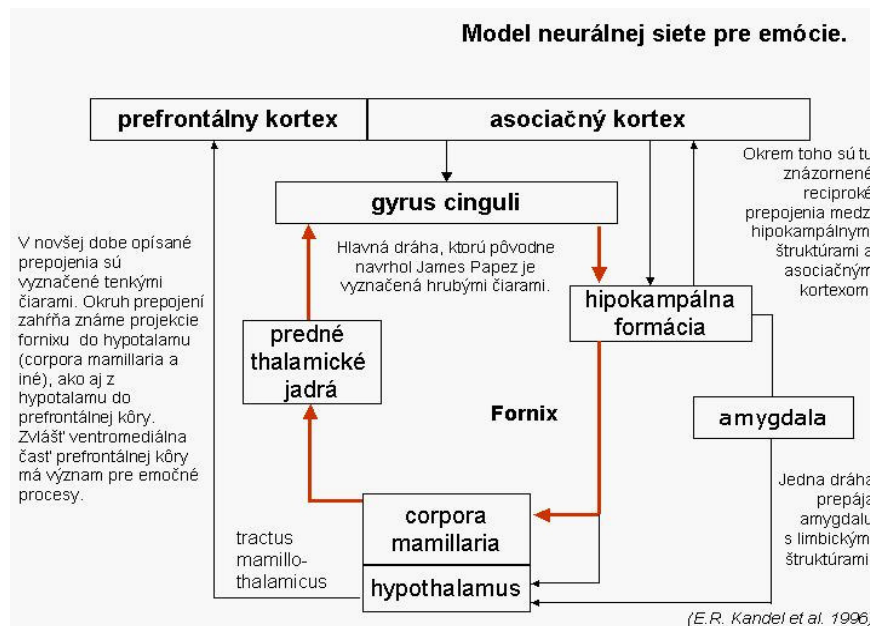
Obrázky č. 2-8. Niektoré výrazy úzkosti v Pudskej mimike (14)

Dobry lekár získava veľa informácií z pacientovej tváre! Umožňuje mu to správne utvárať a načasovávať svoje intervencie. - Poznal som jedného kolegu, ktorý bol výborný lekár, pacienti ho vnímali ako pomáhajúceho a so správnym jemnocitom. Podobne ho hodnotili jeho najbližší kolegovia. Po mozgovo-cievnej príhode v pravej hemisfére mu zostal zachovaný jeho vynikajúci intelekt, potvrdilo sa to aj v testoch. Zostala mu ľavostranná hemiparéza, ktorá ho len mierne pohybovo hendikepovala ale iné postihnutie bolo omnoho závažnejšie: stratil

schopnosť odčítavať mimický prejav druhých ľudí. Stratil cit pre vnútorný svet pacientov. Tí sa mu začali vyhýbať. Bol to dôvod k odchodu do dôchodku.

## Neurobiológia – čo sa deje pri emóciách?

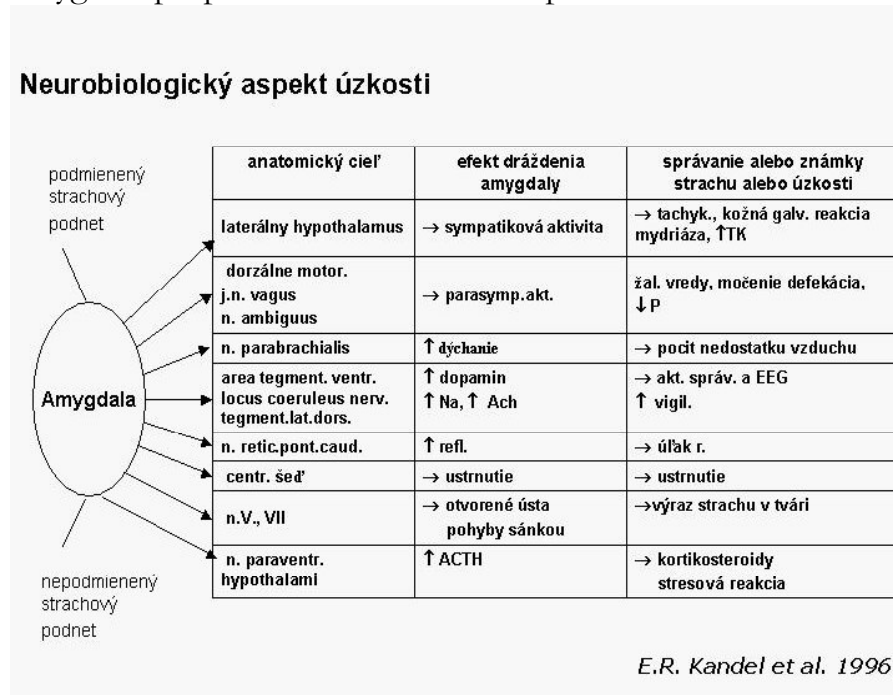
Aspoň heslovite sa ešte pozrime na *neurobiologické aspekty emócií* (12). Emócie podobne ako vnímanie a konanie sú v mozgu kontrolované zvláštnymi neurálnymi okruhmi. Keďže emócie môžeme prežívať vedomo, zúčastňuje sa na nich kognitívny element – s najväčšou pravdepodobnosťou mozgová kôra. Ale súčasne sú sprevádzané autonómnymi, endokrinnými a motorickými reakciami, čo svedčí pre účasť subkortikálnych štruktúr: do centra pozornosti sa dostala špeciálne amygdala, hypotalamus a mozgový kmeň. Periférne reakcie pripravujú telo k akcii a slúžia tiež k signalizácii pre druhých ľudí v emočnom stave. Emočné správanie sa v súčasnosti považuje za výsledok interakcie medzi periférnymi a centrálnymi faktormi. Význam vnímania telesných zmien z periférie pre prežívanie emócie zdôraznili už J.JAMES a K.LANGE a v súčasnosti rozvíja ich teóriu A. DAMASIO (7). Model neurálnej siete pre emócie vychádza z limbického okruhu: hypotalamus, corpora mamillaria, predné talamické jadrá, gyrus cingulí, hipokampálna formácia, ale ďalšie poznatky nútili zakomponovať do modelu aj prefrontálny kortex, asociačný kortex a amygdalu. Schématicky to znázorňuje obrázok č. 9.



Obrázok č.9 – Model neurálnej siete pre emócie (12).

Neurobiológia kráča míľovými krokmi ale mnohé indicie o význame hypotalamu, amygdaly a prefrontálnej kôry sú známe už desaťročia. Zvlášť diferencované poznatky sú známe z efektov dráždenia rôznych štruktúr amygdaly. Tieto poznatky

umožňujú modelovú predstavu cez aké štruktúry a akými „mechanizmami“ pôsobí amygdala pri podmienenom alebo nepodmienenom strachovom podnete (12).



Obr. č.10 Neurobiologický aspekt úzkosti – amygdala (12).

## Neurobiológia a psychoterapia

Verím, že za nejaký čas budú vedieť neurobiológovia odpovedať na našu otázku, čo sa približne deje v mozgu, keď pacient s úzkostnou poruchou je v rámci terapeutickkej regresie privedený terapeutom k imaginovaniu kľúčovej patogénnej situácie, ktorá reprezentuje jeho opakované zneistenie, napr. v interakcii s plačúcou, bezmocnou matkou, keď mal 4 roky a kedy mal pocity, že stratil najdôležitejšiu istotu vo svojom živote – oporu a upokojenie poskytujúcu matku. A v imaginácii je v tej situácii nielen ako malý chlapec ale aj ako dospelý s terajšími schopnosťami a skúsenosťami a je schopný byť tomu malému bezradnému a opustenému chlapcovi oporou, dokáže ho upokojiť a povzbudiť, nežne sa ho dotýkať a hovoriť s ním, objat' ho. Po takomto imaginačnom ošetrení zraneného dieťaťa v sebe, ako to neraz v terapii navodzujeme a pozorujeme, sa obvykle redukuje alebo až vyhasne úzkostná symptomatika.

## Záverom – k terapii

Iste bude pre nás zaujímavé vedieť čo všetko, aké procesy sa pri takejto terapii odohráva v mozgu. Ale psychoterapeuticky môžeme efektívne s pacientami pracovať už teraz!

Záverom ešte jedna poznámka k farmakoterapii (3,15): Zlaté pravidlo je, že benzodiazepíny spravidla nepodávame pri úzkostných poruchách dlhšie než 6

týždňov, aby sme sa vyhli vzniku závislosti, ktorá sa často lieči ešte ťažšie ako samotná úzkostná porucha. BZD nevysadzujeme naraz ale postupne, spravidla tak, aby sme to stihli najneskôr do uvedených 6 týždňov. Ak už psychofarmaká pri úzkostných poruchách, tak antidepresívne (špeciálne SSRI) niekedy aj v2-3 násobných dávkach (napr. pri OCD) než pri úvodnej liečbe depresii. Sú už dostupné aj nepsychiatrom ako generiká; podávanie plánujeme na dlhšiu dobu – obvykle minimálne na rok, ak treba roky. Zatiaľ čo zlepšenia vplyvom psychoterapie majú stabilné pretrvávanie, vysadzovanie farmakoterapie môže viesť k relapsu symptómov. Vysadzovanie treba robiť postupne, rozložiť na týždne až mesiace. Ak je potrebná dlhodobá liečba antidepresívami, nemusíme sa obávať vzniku závislosti.

### Literatúra

1. ARBEITSKREIS OPD (Hrsg): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. H.Huber, Bern, 1996
2. BENEDETTI, G.: Psychodynamik als Grundlagenforschung der Psychitrie. IN K.P.KISKER et al (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwart. Grundlagen und Methoden der Psychiatrie. Teil 1. Springer, Berlin, 1979
3. BENKERT, O., H.HIPPIUS: Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2002
4. BLASER, A. et al: Na problém orientovaná psychoterapia. Koncept integrovanej krátkodobej psychoterapia. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1994
5. BLEULER, E.: Das autistisch undinisciplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Springer, Berlin, 1975
6. BLEULER, E., M. BLEULER: Učebnica psychiatrie. Vybrané kapitoly. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1998
7. DAMASIO, A.R.: Descartesův omyl. Rozum a lidský mozek. Mladá fronta, Praha, 2000
8. DÜHRSEN, A.: Biografická anamnéza z hlbine-psychologického aspektu. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1998
9. HEIGL-EVERS, A. et al: Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart, 1993
10. JUNG, R.: Neurophysiologie und Psychiatrie. In K.P.KISKER et al (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart. Grundlagen und Methoden der Psychiatrie. Teil 2, Springer, Berlin, 1980
11. JÜRGENS, U., D.PLOOG: Od etológie k psychológii. Vydavateľstvo F, Trenčín, v tlači - 2005
12. KANDEL, E.R.et al (Hrsg): Neurowissenschaften. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 1996
13. KAPLAN, B.J., V.A.SADOCK: Pocket handbook of clinical psychiatry 3. Ed. Lippincott Williams, Philadelphia, 2001
14. LEONHARD, K.: Der menschliche Ausdruck in Mimik, Gestik und Phonik. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1976
15. MÖLLER, H.J (Hrsg): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, 2000

16. PETERS, U.H.: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie, Elsevier, München, 2004
17. RIEMANN, F: Základné formy strachu. Portál, Praha, 1999
18. RUDOLF, G.: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 4. Afl. Thieme, Stuttgart, 2000
19. SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. G.Thieme, Stuttgart, 1969
20. SCHWIDDER, W: Klinik der Neurosen. In K.P.KISKEN et al (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwart, Band II/1, Zweite Auflage, Klinische Psychiatrie I. Springer Verlag, Berlin, 1972
21. SMOLÍK, P.: Duševní a behaviorální poruchy. 2. rozš. vydání Maxdorf, Praha, 2002
22. SPITZER, M: Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage: Was sollen wir tun? Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, 2004
23. WETZIG-WÜRTH, H., P. MÜLLER: Psychoterapeutický rozhovor. Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2004
24. ZÁTURECKÝ, A.P.: Slovenské príslovia a úslovia. Tatran, Bratislava, 1974

MUDr. Jozef Hašto,  
 Psychiatrické oddelenie NsP  
 Legionárska 28  
 911 71 Trenčín e-mail: [hasto@nsptn.sk](mailto:hasto@nsptn.sk)

## TEORIE

### **Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 6**

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č.1, 2, 5, 6/ 2004 a 1/2005

#### 6.2 Symbiotický funkční obvod

Nejenom pokusy na zvieratech (*Harlow a Zimmerman 1959, Henry a Stephens 1977, Weiner 1977, 1981, Ackerman a kolektiv 1978*), nýbrž také vývojové psychologické pokusy na novorozencích (*Balint 1973,*

Hober 1981, Lichtenberg 1983, 1984, Stern 1985) ukazují, že koncept **primárního narcisismu**, podle něhož existuje novorozenec – podoben vajíčku ve skořápce – pouze v interakci se sebou samým, musí být stejně jako koncept „přirozeného autismu“ (Mahler a kolektiv 1980) opuštěny ve prospěch jiného modelu. Podle tohoto pojetí je dítě (a dokonce již embryo) vybaveno od samého počátku komplexními vzorci chování nebo jejich předchůdci pro sociální interakci s matkou, kterým na straně matky odpovídá do jisté míry „kontrapunktně“ (tj. jako role a opačná role) její připravenost odpovídat.

*Základní axiom psychosomatické medicíny zní: Sociální systém je starší nežž individuum. Jednotka nebo celek jsou starší nežž části.*

Pro psychosomatickou medicínu to představuje velmi zajímavou konstelaci: funkční obvod, který zahrnuje dva subjekty, z nichž jeden vytváří prostředí pro druhý. V tomto „**symbiotickém funkčním obvodu**“ je možné chování jednoho subjektu bezprostředně překládat do psychologických procesů v organismu druhého subjektu. Schematicky je to znázorněno na obrázku 1-3.

Děti jsou v symbiotické fázi jejich vývoje matkou nebo jejími zástupci mimořádně zranitelné a jsou na ni/nich závislé způsobem jen těžko představitelným. Model symbiotického funkčního obvodu však neilustruje pouze vydání kojence na pospas matce coby agentce společnosti, nýbrž také umožňuje pochopit, že tato konstelace otevírá novorozenci něco zcela nového: Počátky světa coby zdroje budoucí kreativity a základ pro skutečnost, kterou kolem sebe musí zkonstruovat, aby se stalo autonomním.

*V kapitolách 56 „Esenciální hypertenze“ a 60 „Vřed dvanáctníku a komory“ pojednáme o důsledcích těchto souvislostí pro náš model nemocí podrobněji.*



V symbiotickém kruhovém procesu se kojeneček učí již v období před osvojením jazyka překládat svůj vrozený ikonický znakový systém pocházející z nitra jeho těla a z jeho smyslových orgánů do nového sociálního znakového systému. Již v presymbolickém období při tom dochází ke spřáhování jeho striktně privátních vzruchů a pocitů se znaky, které vypovídají, co tyto pocity a vzruchy znamenají pro společnost (reprezentovanou matkou); např. zvláštní druh nechuti znamená hlad, jiný bolest a další žízeň. Tyto již představují společensky interpretované vzruchy. Teprve v průběhu tohoto diferenciačního procesu se stává z média uspokojujícího potřeby, které – jak říká *Balint* – kojeneček v „primární lásce“ používá obdobně jako okolní vzduch, milovaný objekt, o jehož lásku je usilováno, který může být opouštěn a opětovně vyhledáván. Musí při tom dojít k osvojení a přijetí těch programů, díky nimž nakonec vzniknou autonomní instance já a prostředí.

*Podle dnešních představ mají poruchy v tomto raném diferenciačním procesu za následek dispozice ke pozdějším onemocněním.*

### **Obrázek 1-3**

Symbiotický funkční obvod. V symbiotickém funkčním obvodu dvoučlenného vztahu prožívá hladový kojeneček sám sebe a své okolí jako problémovou situaci, která je vykládána podle vrozených programů a zodpovídána neklidem a křikem. Problémová situace kojence může být vyřešena pouze matkou, která na své straně prožívá neklidného kojence jako vlastní problémovou situaci, na kterou odpovídá utěšováním, laskáním, houpáním a kojením. Toto jsou způsoby chování, které probíhají zčásti dle vrozených, a zčásti dle naučených programů. Matka tak řeší současně se svými vlastními problémy problémovou situaci kojence.

### 6.3 Skutečnosti vznikají z prostředí: situační obvod

Psychický vývoj probíhá u člověka jinak než u zvířat. Ani člověku nejbližší stojící antropoidi v tom nejsou výjimkou. Rozhodující roli při tom hrají vznik představivosti a jazyka, které rostoucí měrou určují konstrukci prostředí dítěte, jak to přesvědčivě dokazuje *Piaget* (1975). Zde začíná rozlišení vnitřního světa fantazie, která se stále větší měrou vymaňuje z bezprostřední vazby na biologické pudy, a světa vnějšího sestávajícího z kauzálně uspořádaných předmětů, který je vykládán dle programů či schémat naší senzomotoriky a který je přímo či nepřímo ovladatelný naší motorikou (*Th. von Uexküll* 1984).

Tento vývoj nám umožňuje se domnívat, že vznik našich dualistických představ o fyzicky-materiálním a psychicky-imateriálním světě můžeme z genetického hlediska zpětně sledovat v kontinuu naší ontogeneze, a to jako protějšky naší motoriky a naší fantazie v *Piagetově* smyslu. Tento vývoj také objasňuje, že v jeho rámci vznikají dvě zcela různorodé představy o těle: Představa anatomického těla jako předmětu senzomotoriky, jehož vnitřek a vnějšek coby prostorová dimenze vedou opakovaně k osudným záměnám s vnitřkem a vnějškem oživlého těla v **sémantické dimenzi**, ve které mluvíme o těle jako reprezentaci zážitků vnitřního světa (*Th. von Uexküll* a kolektiv 1994).

Výsledek tohoto rozlišení na jednotku nejprve vykládanou dle modelu funkčního obvodu, a poté dle modelu symbiotického funkčního obvodu, je možné pro dospělého člověka znázornit pomocí **modelu situačního obvodu** (obrázek 1-4).

*Freud* (1938) pokládá toto rozlišení za základ pro svoji metapsychologii:

*„Já zapojuje mezi pudovou potřebu a uspokojující jednání myšlení, které se podle orientace v přítomnosti a zhodnocení dřívějších zkušeností snaží pokusným jednáním uhádnout úspěch zamýšlené akce: Já činí tímto způsobem rozhodnutí, zda má být pokus o uspokojení proveden nebo posunut nebo zda nemusí být nárok pudu vůbec jako nebezpečný potlačen.“*

Jeho model popisuje, jak je automatismus primárního procesu s konstrukcí a funkcí psychického aparátu nahrazován sekundárními procesy. Tím je zkonstruováno jakési „vnitřní jeviště“ sloužící k ověření konstrukčních programů pro prostředí, která byla až doposud konstruována na základě převážně vrozených programů (funkčních obvodů). Konstrukční pravidla pro biologická prostředí jsou nahrazována konstrukčními pravidly pro individuální skutečnosti, která si musí osvojit každý člověk v průběhu svého života, a to v kultuře, ve které vyrůstá. Takto vzniká na nové úrovni opět pevná – pro vně stojícího pozorovatele však neviditelná – skořápka, která chrání tělo před bezprostředními vlivy vnějšího světa.

První psychosomatický model, který respektuje rozdíly mezi různými systémovými úrovněmi a snaží se odpovědět na otázku jejich spojení, pochází od *Freuda*. Je to první psychosomatický model, který si zaslouží toto označení. Nejedná se – jak se odborná veřejnost mylně domnívala – o jeho konverzní koncept, nýbrž o **pojem pudu**, který koncipoval již v roce 1895 ve svém návrhu psychologie (*Freud 1975*). Tehdy napsal, že psychický systém je bez jakékoli ochrany vydán na pospas endogenním vzruchovým kvantitám a v tom spočívá hnací motor psychických mechanismů.

*„Naše povědomí o endogenních stimulech je možné vyjádřit předpokladem, že mají mezibuněčný charakter, vznikají kontinuálně a psychickými stimuly se stávají pouze periodicky.“*

Na tomto konceptu je nutné vyzdvihnout dva body:

- Rozlišování mezi mezibuněčnými procesy, které mohou být popsány pojmy fyziky a chemie, a procesy v psychickém systému, pro jejichž popis jsou nutné jiné pojmy. Jeden z velkých přínosů *Freuda* je vypracování jazyka, který je schopen popsat tyto odlišné fenomény.
- Zjištění, že mezi systémem mezibuněčných chemismů, v nichž *Freud* spatřoval příčinu „endogenních vzruchových kvantit“, a systémem psychických procesů dochází periodicky, to znamená za určitých podmínek, k transformacím.

Tím byla formulována dvě velká výzkumná témata: Za první se jedná o vědecko teoretickou otázku – zasahující rovněž do oblasti teorie poznání – týkající se rozdílu a vztahů mezi systémem mezibuněčných chemismů a systémem psychických procesů; za druhé jde o téma podmínek, za nichž dochází k transformacím mezibuněčných chemismů na psychické stimuly a naopak. *Freud* tato témata dále nerozpracovával, ale jeho koncept zůstává základnou pro jejich rozvedení.

*V pudovém modelu je za první popisován hypotetický somato-psychický děj: Určité chemické látky v tělesných tekutinách se mají při určité koncentraci transformovat na psychický impuls.*

V roce 1895 nebyly ještě známy látky, za nimiž *Freud* tušil sexuální látky. Pojem hormonu byl *Baylissem* a *Starlingem* formulován teprve v roce 1902.

*Za druhé je postulován psycho-somatický děj: Psychický impuls údajně spouští chování, které (např. sexuálním uspokojením) opětovně působí na mezibuněčný chemismus a snížením koncentrace těchto látek nechává vyschnout zdroj psychického návalu.*

Představou somato-psychického zdroje pudu a psycho-somatického odvedení pudu je navržena skica regulačního obvodu se negativní zpětnou vazbou, který spojuje dvě různorodé roviny fenoménů: systém tělesných procesů, které jsou ovládány chemickými stimuly, a systém procesů psychických (obrázek 1-5).

Takovýto model však zůstane mlhovitý, dokud nebude vyřešena vědecko teoretická úloha – zasahující rovněž do oblasti teorie poznání – spočívající v definici různorodosti obou oblastí a jejich vztahů. Teprve systémová teorie a moderní nauka o znacích vytvořily nutné předpoklady pro řešení této úlohy.

#### **Obrázek 1-4**

Situační obvod se liší od funkčního obvodu obligatorním vřazením představy, v níž mohou být programy pro udělování významu (vnímání) a zhodnocování významu (účinek) nejprve zkušebně přehrány jako podsouvání významu a ověřování významu, dříve než je já uvolní pro motoriku. Při tom v představě dochází k předběžné strukturaci situace (která odpovídá znaku vnímání popř. problémové situaci ve funkčním obvodu), a to podobně jako při experimentu: To znamená, že udělení významu probíhá nejprve jako hypotetické

podsování významu, jehož důsledky jsou ve fantazii přehrávány zkušebním jednáním.

### **Obrázek 1-5**

*Freudův* koncept pudu coby regulační obvod, který propojuje systém tělesných procesů se systémem procesů psychických. V roce 1915 *Freud* popsal (in: „Pudy a jejich osudy“) čtyři kritéria pro pud, která tuto skicu zpřesňují: zdroj pudu, nával pudu, cíl pudu a objekt pudu. Zdroj pudu by odpovídal mezibuněčnému chemismu popř. reakcím psychologických systémů vyvolaným tímto chemismem. Pokud tyto systémy nejsou schopny kompenzovat poruchu homeostázy způsobenou chemismem v rámci organismu, dojde k vyvolání psychického návalu, který spustí určité chování. Toto chování řeší s využitím kompenzačních možností okolí (objektu pudu) problém uvnitř těla (cíle pudu).

*Z originálu Uexküll: Psychosomatische Medizin, nakl. Urban&Fischer s vědomím nakladatele pro potřeby Psych@Somu přeložil Lubor Špís)*

## **FILOSOFIE**

### **PhDr. Anna Hogenová, CSc.: K filosofii výkonu v současné společnosti**

Kat. filosofie a občanské výchovy, UK Pedagogická fakulta Praha  
e-mail: hogen@volny.cz

#### **Resumé :**

The article points out the present-day philosophical significance of performance, because also the meaning of contemporary sport relates to this concept of performance. Adoration of performances is an indicator of fundamental changes in the character of the existence of contemporary

man. Performance is analyzed in the text hereinbelow from the phenomenological aspect.

Nejdůležitějším znakem naší společné doby je to, co je pokládáno za „nové“. To „nové“ přichází stále rychleji, a tak je vždy novější a vždy je rychleji novější. To je charakter našeho společného prožívání dané přítomnosti. Kam se to vše žene a proč tak rychle? Čím je založena novost? Často to nové, je jen znovuobjevení toho starého, jako bychom utíkali od starého do budoucnosti, od minulosti do modernity, jako bychom se za to staré nějak styděli. Chceme být noví, tj. mladí a svěží.

Je to snad strach ze smrti, co náš žene k tomu novému, mladému? Kde se vzala tato samozřejmost? Nové – to jsou výkony, rekordy. Aktivismus se proměnil v permanentní kompetici. Budoucnost patří jen těm rychlým!

Ale my všichni jednou zemřeme, tedy skončíme, proč tedy ten hon? Ontické a ontologické uznání nového se zakládá v novém tvaru existence. Jen nové auto je autem, to staré je jen paskvilem, trapným svědectvím přežití a jalové minulosti.

O jaký vztah člověka ke jsoucnu se zde jedná? Jen to, co je nové, rychlé a průraznější má onticitu. Zde se odehrává boj o to, co bude uznáno za jsoucí a co nebude uznáno za jsoucí.

K tomu je třeba ještě dodat: „Co je dokonalé, to může být i dokonale poznáno.“<sup>1</sup> To, co je nedokonalé, se poznává špatně. Vše se rychle mění, proměňuje, aby bylo nové, a tak poznáváme špatně – to je doba postmoderní. Postmoderní kvas je úprk k novotám, k novému! Ale pozor, změny se nedají zastavit ani přesným měřením!

Těmito novotami jsou i výkony a ve sportu zvláště. Přinášejí jejich nositelům jistotu existence, vrcholoví sportovci cítí, že „jsou“, slyší-li davy jásat, čtou-li palcové titulky se svými jmény v novinách. V informační společnosti se toto zviditelňování děje nesmírně rychle. O co vlastně jde v té potřebě po nejvyšších výkonech?

Musíme projít zrcadlem, abychom podstatu výkonu poznali. To je náš nejtěžší úkol, proto píše Platón ve své Ústavě: „...když si jednoduše vezmeš do ruky zrcadlo a budeš ho všude nosit, potom jednou zahlédneš slunko a to, co je na nebi, jednou zahlédneš sebe samého a i ty ostatní živé bytosti, nářadí, rostliny a vůbec všechno, co jsme předtím vyjmenovali,“<sup>2</sup> ale v pravém poznání jde o to proniknout skrz zrcadlo a tam najít to, co zakládá tyto obrazy v zrcadle. Patočka by dodal, je třeba nasadit sebe samého a právě toto rozhodnutí dělá z člověka se zrcadlem člověka filosofujícího.

Výkon je založen v prosazení vůle, všichni mne musejí uznat a uznávat, podal jsem důkaz, že existuji, mám legitimaci o své onticitě.

---

<sup>1</sup> Platón, *Ústava*. Bratislava: Pravda 1980, s. 235.

<sup>2</sup> Tamtéž, s. 389.

V dějinách filosofie se objevily dvě velmi důležité myšlenky, jedna je Platónova (ontologický komparativ), druhá patří Heideggerovi (ontologická diference). Obě myšlenky spolu souvisejí, jak? V obou případech se objevuje možnost „být více a méně“. Všichni existujeme, ale někdo může více existovat a někdo méně. Jsme-li v bezvědomí, existujeme méně než je tomu u reflektujícího člověka.

Zastánci rovnosti s tím nebudou souhlasit, ale jejich nesouhlas poukáže pouze na tuto ideu jako na něco, co je důležité. Ani vzdělání nemůže být pouhým nošením zrcadla, ve kterém se budou objevovat obrazy, protože obrazy nestupňují prožívání vlastní existence, pouze zmnožují počet věcí v jedné rovině. Výkon stupňuje pocit existence a stává se tak prostředkem, jenž dostává podobu drogy. Není nejvyššího výkonu, nejvyšší výkony se denně mění, jediné, co je jejich podstatou, je vůle k výkonu, vůle k moci v nietzschechovském smyslu. Výkon dává moc, a proto je tak důležitý. Stačí i nesmyslný výkon, např. přejít Saharu na běžkách, a člověk získá moc. Tento výkon se totiž objeví v televizi, novinách atd. Jde jen o Moc, o nic jiného.

Všude, kde jde jen o moc, neexistují nejvyšší výkony. Dnes je nejvyšším výkonem toto, zítra je nový nejvyšší výkon, najednou přestanou být zajímavé, zůstává jen dravost prosadit se, dravost získávání moci, a to nejen ve sportu. A tak dojde k záměně účinků za příčiny, aniž by to někdo vůbec zpozoroval. Výkon se stane příčinou moci, která měla být na počátku příčinou, aby bylo možno tento výkon realizovat. Výkon se stane dráždídem, drogou, po nichž pocítujeme abstinenci nevolnosti. Je možné, že něco podobného bychom našli i ve sportu?

Nietzsche by mohl dodat: „Chybí-li síla k exkreci množí se zhoubné látky v organismu a je jedno, zda-li jde o organismus lidský, či společenský.“<sup>3</sup> Vzniká zde *circulus vitiosus*, protože chybí síla, není možné zbavit se otravných látek, a protože není možné je odstranit, chybí síla. V tomto sevření se potácíme. Pak nám výkony dodají sebevědomí, proto je tak potřebujeme.

Např. spousta vědeckých popisných a sterilních prací se udržuje na výsluní jen proto, že není síla k jejich exkreci. Mohli bychom se ptát, kde se bere vůle k sebeustrukci?

Stačí však naučit se prodlévat v ponechavosti (*in Gelassenheit*), pak pocítíme přitakání bytí. A to je tak jednoduché, že je to současně neuvěřitelné!

Domov, přízeň, jednoduchost a závrat' z bytí – to vše je z vděčnosti k neznámým bohům. Kdo tomu ještě dnes uvěří? A přece!

I otázky musejí být probuzeny, musejí být zrozeny z podstatných potřeb, tj. z vhledu.

„Filosofie apeluje k heroickému člověku“, říká Patočka.<sup>4</sup> Takový člověk není mstivý, ani ctižádostivý, není stravován vůlí k moci, nýbrž má v sobě klid. Ví totiž o

<sup>3</sup> Nietzsche, F., *Der Wille zur Macht*. Leipzig: A. Kröner Verlag 1939, s. 39.

<sup>4</sup> Patočka, J., *Péče o duši I*. Praha: Oikumene 1996, s. 67.



celku a ten diriguje jeho život. Takový člověk nemůže činit jinak, je nutkán vstupovat do prostoru nutnosti. Do této nutnosti patří setrvávání v otázce a to znamená, pochopit, oč v ní běží, a právě toto je nejvlastnějším úkolem filosofie. Jak může být člověk mravním, když nežije v napětí tázání? Nikdo z nás není vševědoucí Bůh, díky Bohu! Vědět o nerozhodnutém, vědět o vznikajícím, ustavujícím – to je právě setrvávání v otázce, a to patří k pravému - životnímu výkonu. Teprve zde je to pravé hledačství. A je to jen tato pravost, co zakládá autenticitu, bez této pravosti je život pouhou inscenací neznámých mocenských sil. Ve hře je pánem hra a nikoli ten, kdo si hraje. „Aut - ens“ (vně věcí) je možno pobývat jedině v tázání, proto má otázka přednost před odpovědí.

Výkony jsou odpovědi, jsou to odpovědi vůle k moci, a proto se život ve výkonové společnosti proměňuje na závod bez konečného cíle, ve kterém můžeme skončit jen v naprostém vyčerpání a sebezničení. Je třeba znovu najít cestu k bytostnému tázání?

K pravému životnímu výkonu patří péče o duši. V elenktice a protreptice je podstatou právě tato péče. V laskavém vyvrácení a v otrásání starých jistot se nachází prodlévání v otázce a v napětí tohoto tázání se duše vyladuje k novému tvaru vlastní nepřenosné areté, z nového vnitřního ohně – pýr. Sofisté nevědí o protreptické funkci otázky – tázání, myslí si, že je to jen technická záležitost. Sofisté chtějí duši člověka obrábět jako věc, myslí ji jen jako nástroj. Neuvědomělé falšování vlastního „Selbst“ je také takovým obráběním, jehož výsledkem je malomyslnost a neschopnost žít z vlastního pramene. Takový člověk je neprobuzený, zbloudilý a o vlastním bloudění ani neví. Dobro není předmět – objekt, a přesto jest a je možno o něm vědět, rozumět mu. Ale to, co není předmětem je možno potkat jen a jen, když to vzniká, či zaniká, a to je možno sdílet jen v napětí tázání. To je pravý výkon!

Je těžké přestoupit horizont, v němž naše myšlení zkamenělo. Věci k nám „mluví“ ale v podstatě je tato mluva jen a jen rozmluva naší duše se sebou samou, jde o její vnitřní rozhovor. Jak je to zvláštní! Přicházíme sami k sobě přes věci, jakoby naše tělo bylo vtělesněno i do věcí kolem nás. Proto je smutek krajiny i naším vlastním smutkem.

Ozvěna našeho smutku přichází z trav a větru a přesto jsme jedním tělem – my i trávy s větrem.

Pravý výkon znamená, nenechat se vysávat systémy, v tom je možnost naší svobody. Retence, implikované v protencionálních rozvrzích, vrhají na věci světlo, z něhož k nám zpětně přichází to, čím sami jsme. Ale probouzení protencionálních rozvrhů je dáno vždy jen zaujetím pro věc (inter-esse) a věc je vždy mimo nás. Naše „Selbst“ je tedy ve světě a přichází k nám ze světa, naše osobnost je nad světem. Můžeme k sobě jen skrz to, co je mimo nás, proto vězeň přichází o sebe sama ještě za života, vzali jsme mu věci, z nichž se může k sobě navracet a tak se potvrzovat.

K věcem mimo sebe je možno dojít jen oklikou přes bytí, jinak se v mnohosti rozpustíme (Pascalovo „divertissement“). Do plného životního výkonu patří i porozumění smrti a vině, patří sem fakt svědomí – legitimnosti.

Aidos – smutek, stud, lítost na dně naší duše, je setkáním s tím, čím vždy – předem již jsme, je setkáním s faktem zápornosti. Byli jsme obdarováni něčím, co nás nepochopitelně převyšuje, přesto se musíme rozhodovat a toto je ten herakleitovský boj – výkon života. Tento boj je bojem o poslední pramen v nás, z něhož pramením – o tento výkon jde. Bez osobního nasazení není možné žít autenticky!

Co je kladeno neantizací (bezpředpokladově), je vždy připoutáno k tomu, co bylo předem vypuzeno. Descartova neantizace nerozlišitelného pozadí vyzvednutím a potlačáním toho, co je „clare et distincte“ zachraňuje, naprosto bezděčně, důležitost pozadí, kontextu, celku bez marga. Toto pozadí je zpřítomnitelné jen otázkami a v napětí těchto otázek a zde se skrývá i filosofická podstata výkonu. Dnes se lidé manipulují i tím, že je jim vimpotován model tázání. Tak je tomu velmi často ve vědě prostřednictvím metodologických předpisů. Úpornost cartesiánského myšlení vše převést na předmět – objekt neantizací pozadí, je nejdůležitější znak současného myšlení.

Např. v bolesti nejsme ani subjekty ani objekty, jsem jen jediným bolestivým zřídlem. Objektivismus je planý výhonek, ale jen někteří si to uvědomují. Výkon a jeho zbožňování mají svůj kořen právě v tomto objektivismu. Jde o to správně položit otázku. „Vis a fronte“ – síla působící zepředu je ideou a ta nemůže být předmětem. Zapletli jsme se do objektivismu a tato konfúze je nejlépe zahlédnutelná na tom, co pro nás dnes znamená výkon, předmětně fixovaný!

Výkon autentický patří jen svému nositeli a opravdu je se svým nositelem identicky, neodděluje se od něj. Tento výkon není objektem ani subjektem, je prostě životním tvarem, pro nějž se člověk bytostně rozhodl. Rozhodnutí patří k člověku, nesmí mu být odebráno. Zavalenost systému tuto možnost předem ničí, člověk se nemůže svobodně rozhodovat, je dávno již rozhodnuto. Systémy jsou na tato rozhodování již předem nastaveny. Přesně tomu říká Heidegger „Machenschaft“.<sup>5</sup> „Machenschaft“ (machen - pracovat, dělat) je fenoménem, který nezměříme ani těmi nejpřesnějšími technickými vynálezy, a přesto „jest“, „platí“, řídí nás. „Machenschaft“ – řízená činnost je nejpodstatnějším fenoménem několika posledních století. Námitky proti svědčí jen o nepochopení tohoto celku. Práce se zde stala účelem, již není jen prostředkem, stala se ontickou podmínkou sine qua non v našem životě. Tato řízená činnost vsaje člověka tak, že již se nemůže rozhodovat ze sebe, protože právě toto „Selbst“ už nevlastní, nemá, ani neví, co to je.

Samozřejmost bez otázek je znakem povrchnosti. Výkon je právě kladením svobodných otázek, tak je tomu ve sportu i všude jinde. Pokud se výkon promění

---

<sup>5</sup> Heidegger, M., *Besinnung*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann 1997, s. 16.

na změřenou veličinu, stává se předmětem, který již k člověku nepatří, byl mu odebrán a zcizen. A tak člověk pociťuje ohroženost neznámými, snad mýtickými silami, a zbývá mu jen přítomnost, a proto je tak v módě prožívání – prožitek. Chce cítit svůj život silně, ve vytrženosti od toho, čeho se bojí, a proto potřebuje extázi. Výkon se stal výrobkem, věcí, produktem, obchodní komoditou atd.

Ztratit můžeme jen to, co jsme před tím měli. Plnost autentického života byla nahrazena naměřenými výkony, znaky naší síly. Ale měli jsme nějakou sílu před tím? Jakou sílu, kde byla? Vždyť nikdo žádnou sílu nepotřeboval, proč potřebujeme legitimace naší vlastní síly, abychom sami sobě uvěřili, že skutečně jsme, že existujeme. Co jsme to ztratili, že potřebujeme tyto signifikace? Proč se ztrácíme v mnohosti jsoucna, když vše veliké je jednoduché. Kdo tuto jednoduchost nezahlédne, tomu se bude jevit jako zručnost, vždyť „deinos“ je ten, co vše veliké promění na ubohé, a čím je chytřejší, tím mu to jde snadněji.

Pro filosofické pochopení výkonu je důležité pozadí, na němž se „výkon“ stává výkonem.

Víc než to, co bezprostředně vnímáme, žijeme v tom, čemu Heidegger říká „Behalt“, žijeme v jakési „nádržce“, jež nás objímá, obklopuje a uzavírá. Tato „nádržka“ může být i pozadím, celkem, kontextem. Toto pozadí „jařmo“ (Joch) je důležitější než to, co se v něm a na něm ukazuje. Čili v každém vnímání je toho víc než se nám zdá, tzv. „Vorhandene“ (to, co je před rukama) nestačí. Zpřítomňujeme mnohé z minulosti, jež je již vycizelizované pasivními a aktivními syntézami v našem toku cogitationes. Tyto výtěžky se protendují a rozvrhují cestu před námi v našem životě. Toto zdvojení (Vorhandene – před rukama a protence) zakládá možnost omylu v naší životní praxi. Platí zde: Malí lidé vidí obrovské jen v malém, aniž by o tom věděli. Správnost potkáme velmi často, pravdivost zřídka. Výkon tedy není jen to, co naměří dokonalé přístroje, ale je to i to, co si přineseme jako výtěžek z krytí našich retencí z minulosti. Právě zde je klíč k pochopení výkonu. Z minulosti si přinášíme platnost objektu jako jediného svědka životní plnosti, proč? Objekt je měřitelný, zakládá správnost a jistotu toho, co je před rukama (Vorhandene). Proto matematika ovládá naše životy.

Pravdivé je jen tam, kde je nalezen počátek a to je možné jen odvážným kladením otázek, těch pravých otázek.

Ovšem, kde je vše nevyhnutelné, tam už nutnost zanikla. Zanikla-li nutnost zanikl i rozdíl mezi nutným a nahodilým, nemáme-li tento rozdíl, děláme spousta věcí zbytečně, aniž bychom si to uvědomili, i to patří k výkonu v objektové poloze. Kde se vyskytne tato situace, tam zavládne nutnost stanovit právo a zákon, tam je spousta právníků a mnoho žalob. Všude se nachází plánování, konstruování a vypočítávání, to jsou znaky výkonové společnosti.

V díle, ať je jakékoliv, musí být usebráno to nejvyšší, co zakládá celek světa. Proto výkon musí usebírat bytí samo, usebírání pouze to, co je měřitelné, pak je pouze objektem, kterému může každá, ale nemusí, věřit. Vlastně jde o to, aby ti druzí uvěřili výkonu samému. Výkon se nedělá pro něj samý, ale pro druhé. Když se něco dělá pro ty druhé, pak jde o prosazení sebe mezi těmi ostatními, jde vlastně o

sebeafirmaci, o uznání. Co je vlastně předmětem tohoto uznání? Předmětem tohoto uznání není nic menšího a méně důležitého než existence tvůrce výkonu. Tvůrce výkonu dělá výkon prostředkem sebeuznání ve smyslu ontickém. To znamená výkon se stává podmínkou života a to podmínkou číslo jedna, pokud jde o důležitost. Pokud člověk měl problémy s tím, jak se uživit, šlo o materiální podmínky prolongace života v biologickém smyslu, dnes se vede boj o uznání, boj velmi tvrdý, nesmlouvavý a nelítostný. To je to nové, co se ukazuje ve filosofii výkonu. Výkonová společnost je stejně tvrdá jako boj o život v džungli, jen je její tvrdost zahalována ve zdání (Schein), které není jen tak nahlédnutelné. Tato intence ovládá i sport, stejně jako vědu a kulturu v tom nejjobecnějším smyslu.

Výkon tvoří jednotku skutečnosti (Wirklichkeit od wirken – působit), to co je skutečné musí působit, musí být funkcionální, musí být nějak smyslově zachytitelné. Smyslovou zachytitelnost mají objekty, proto ta adorace všeho objektivního, především požadavek objektivnosti pravdy v každém ohledu. Přesně tyto charakteristiky musí mít i výkon, musí být objektivní, působivý, funkcionální a hlavně nějak měřitelný, pak tvoří skutečnost. Skutečnost tedy již nejsou hory, moře, údolí a řeky, skutečností je jen to, co je vykonáno a je ověřitelné. Skutečností jsou tedy mosty, letadla, bomby, i klonování lidí vedle klonovaných ovcí. V tom je podstata dnešního výkonu, výkon musí být objektivní, objektivita zakládá skutečnost, skutečnost musí být efektivní (od effectus – působek) a jen to, co takto je efektivní má nárok na ontickou platnost. Výkon tedy zakládá bytí!!! Proměna jsoucna na to, co účinkuje byla provedena tiše a nenápadně, nikdo si toho vlastně nevšiml. Vše přišlo „na holubičcích nožkách“, řečeno s Nietzsche. Jen v účinku leží pravá lidská existence, tedy pokud se neprojeví v účincích, a to účincích dost razantních, pak vlastně vaše existence není uznána za skutečnou, protože skutečnost – Wirklichkeit vzniká od wirken – tj. být účinný, působit. Létejte balónem bolem Zeměkoule, zdolejte vrcholky v Himalájích s páskou na očích, upečte největší koláč na světě a teprve pak uznáme vaši existenci za platnou a hodnou onticity. Ovšem žádné jsoucno nemůže propůjčit základ bytí, je to přesně naopak. Proto Výkon nemůže obstát jako legitimace vlastní onticity, protože podstatou tohoto výkonu je neustálé sebepřesahování, tj. neexistuje žádný poslední a nejvyšší výkon. To, co zůstává, je jen vůle k moci. A to je základ pochopení naší žité skutečnosti.

Výkon jako bytostná ontická potřeba je výrazem hrůzy před prázdnotou, nicotou, nenaplněností smyslem a opuštěností, je to lidská hrůza před chtónií, apeironem, chaosem. Proto jásot a smutek nejsou pocity, ale základní ladění, základní naladěnost vůči celku světa.

## EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

### **MUDr.Radkin Honzák: „Srdce zlomené žalem“; cesta z brakové literatury do vědecké medicíny**

V literatuře se opakovaně vyskytly zprávy o reverzibilní dysfunkci levé komory vyvolané stresem, ale mechanismy této poruchy zůstávaly neznámé. Skupina kardiologů v čele s I. S. Wittsteinem z Johns Hopkins University School of Public Health v Baltimore vnesla nové světlo do této problematiky.

Lékaři vyhodnotili údaje od celkem 19 nemocných přijatých pro dysfunkci levé komory, která vznikla po náhlém emočním stresu. Jednalo se o 18 žen a 1 muže v průměrném věku 63 let, jejichž hlavními klinickými obtížemi byla bolest na hrudi, plicní edém a kardiogenní šok. Všichni pacienti podstoupili koronarografii a sériovou echokardiografii, pěti byla provedena endomyokardiální biopsie. U 13 nemocných byly stanoveny sérové koncentrace katecholaminů, které byly porovnány s koncentracemi katecholaminů sedmi nemocných s infarktem myokardu III. třídy podle Klippova rozdělení (Američané konečně docenili hodnotu fyzikálního vyšetření a Klippovy třídy I.-IV. postihují míru srdečního selhání po proběhlém infarktu myokardu na základě fyzikálního nálezu: I.třída – žádné projevy srdečního selhání, IV.třída – kardiogenní šok a mají vysokou prediktivní hodnotu ve vztahu k mortalitě za 30 dnů a za 6 měsíců).

Emoční šok, který stav vyprovokoval, nebyl v některých případech nikterak nadměrný. U jediného ze sledovaných mužů to bylo vystoupení před soudem, u žen šlo nejčastěji o úmrtí některého z rodičů, manžela či dalších blízkých osob, dále o autonehodu, ozbrojené přepadení, strach z lékařského výkonu, strach z udušení, vystoupení na veřejnosti, ale také prudká hádka, nenadálé setkání s dávným známým a překvapující zážitek na party.

Průměrný systolický krevní tlak u této skupiny činil 80 mm Hg. Na EKG byly shledány difúzně inverze T vlny a prodloužený interval QT. 17 pacientů mělo mírnou elevaci troponinu I. Pouze v jednom případě byla angiograficky prokázána klinicky významná ischemická choroba srdeční. Při přijetí byla konstatována těžká dysfunkce levé komory (průměrná ejekční frakce 0,20 s rozptylem 0,15 – 0,30), která se rychle upravovala u všech pacientů (průměrná ejekční frakce po 4 týdnech: 0,60 s rozptylem 0,55 – 0,65,  $p < 0,001$ ). Endomyokardiální biopsie prokázala u čtyř nemocných infiltraci mononukleáry a makrofágy. Dále pak nekrózu kontrakčních vláken bez nekrózy myocytů. U pátého případu byl nalezen extenzivní zánětlivý

lymfotický infiltrát a mnohočetná ložiska nekrózy myocytů. Šlo tedy o obrazy kardiomyopatie.

Kontrastní ventrikulografie prokázala dyskinézu apikálně a ve středním oddílu levé komory při nepostižení bazální oblasti srdce. MRI zobrazení prokázalo, že postižené oblasti jsou viabilní.

Stanovení katecholaminů – dopaminu, adrenalinu a noradrenalinu – bylo provedeno během prvního a druhého dne hospitalizace u 13 nemocných (průměrný věk 66 let) a porovnáno s hodnotami katecholaminů sedmi pacientů po proběhlém infarktu myokardu zařazených do III. Killipovy třídy (průměrný věk 66 let). Hodnoty katecholaminů u nemocných se stresovou kardiomyopatií byly 2-3x vyšší, než hodnoty pacientů po infarktu a 7-34x vyšší než normální hodnoty. Rovněž hodnoty metanefrinu a normetanefrinu (extraneurální metabolity katecholaminů) byly proporcionálně zvýšeny. Vyšší byly také hodnoty neuropeptidu Y, mozkového natriuretického peptidu (BNP) a serotoninu.

V sedmém až devátém dnu hospitalizace hodnoty většiny katecholaminů, jejich metabolitů a neuropeptidu sice poklesly na třetinu až polovinu ve srovnání s počátečními, zůstávaly však stále vyšší, než hodnoty pacientů po infarktu. Naproti tomu hodnoty BNP klesaly rychleji než u nemocných po infarktu, což korelovalo se zvyšováním ejekční frakce.

V literatuře existuje několik studií popisujících významnou, ale reverzibilní, dysfunkci levé komory po náhlém emočním stresu; nejznámější pocházejí z Japonska, kde byl tento obraz pojmenován jako „takotsubo cardiomyopatie“ (takotsubo je nádoba na lov chobotnic a její tvar připomíná postižený myokard).

Z extrémně zvýšených hodnot katecholaminů nutně vycházejí také hypotézy o mechanismu „omráčení“ myokardu, i když vztah mezi těmito dvěma jevy zůstává nejasný. Jedním z vysvětlení by mohl být epikardiální spasmus. Zvýšený sympatický tonus při mentálním stresu může vyvolat vazokonstrikci i u osob bez ischemické choroby srdeční (ICHS). V japonských angiografických studiích sledujících takotsubo kardiomyopatii mělo 70 % nemocných koronární spazmy po provokačních testech a při jejich přijetí v akutním stavu byly na EKG běžně nacházeny elevace ST segmentu.

V této studii nebyly angiologicky prokázány epikardiální spazmy, také elevace ST segmentu byly jen ojedinělé. Pacienti zpočátku vykazovali kontrakční abnormality v nejrůznějších vaskulárních oblastech, ale vysvětlení mnohočetnými epikardiálními spazmy je nepravděpodobné vzhledem k absenci elevace ST a rovněž absenci enzymatického průkazu nekrózy myokardu.

Alternativou by mohly být mikrovaskulární spazmy; recentně byl u nemocných se stresem vyvolanou srdeční dysfunkcí popsán abnormální koronární průtok bez prokazatelné obstrukce způsobené ICHS. Existují také další práce potvrzující sympatikem vyvolanou mikrocirkulární dysfunkci.

Třetí možnost představuje přímé poškození myocytů. Zvýšené koncentrace katecholaminů snižují životnost myocytů tak, že pod jejich vlivem nastává přetížení kalciumem, což je lokálně vyvoláno a řízeno prostřednictvím cAMP. Katecholaminy mohou být také potenciálním zdrojem volných kyslíkových radikálů; na zvířecích

modelech je prokazován protektivní vliv antioxidantů. Nekrózy kontrakčních vláken jsou popsány také u feochromocytomů, při subarachnoidálním krvácení a postmortálně v případech „nedobré smrti“ udušením, po fyzickém napadení apod. Vysvětlení chybí i pro rozdílné zastoupení pohlaví, které naznačuje biologickou predispozici pro stresem vyvolanou dysfunkci myokardu. Sexuální hormony mají významný vliv na sympatickou neurohumorální osu i na koronární vazoreaktivitu, ale sexuální rozdíly týkající se metabolismu a účinků katecholaminů nejsou dostatečně prozkoumány. Muži mají obecně vyšší sympatickou aktivitu než ženy, v reakci na stres produkují více katecholaminů a jsou vnímavější ke katecholaminy indukované vazokonstrikci. Naproti tomu se ženy jeví jako vulnerabilnější pokud jde o sympatikem vyvolané omráčení myokardu, jak dokazuje jejich zvýšená produkce katecholaminů a častější tranzientní dysfunkce levé komory po subarachnoidálním krvácení, nebo cévní mozkové příhodě.

Pokud jde o výskyt této poruchy, bude pravděpodobně častější, než se předpokládá. Může se objevit po psychickém stresu, ale také po neurologických poškozeních a zátěži nejrůznějšího typu. Protože klinické projevy se podobají projevům akutního infarktu myokardu, mělo by se po vyloučení ICHS pomýšlet na tuto diagnózu, zvláště jsou-li kardiální symptomy vyvolány emočním stresem, je prokazována dysfunkce především apikální a střední oblasti komory nepostihující bazální segment a chybí (nebo je minimální) odpověď v kardiálních enzymech navzdory rozsáhlé akinéze myokardu.

Léčba stresové kardiomyopatie spočívá ve standardní terapii městnavého srdečního selhání s použitím vazodilatancí a diuretik, další postupy jsou převážně empirické. Protože lze předpokládat masivní produkci katecholaminů, je třeba se vyhnout presorickým látkám a beta agonistům a při závažném hemodynamickém postižení spíše spolehnout na mechanickou podporu. Při včasném léčebném zákroku je prognóza vynikající, pacienti vykazují rychlé zlepšení jak klinických příznaků, tak echokardiografických nálezů. Ve čtyřletém sledování pacientů popsaných v této studii nedošlo ani jednou k úmrtí, k rekurenci stavu, ani poklesu funkce levé komory.

Zdroj: **Wittstein IA, Thieman DR, Lima JAC, et al.:** Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *NEJM* 2005 Feb10;352(6):539-548

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

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

Psych@Som  
Bulletin zájemců o  
psychosomatickou  
problematiku v medicíně

*Budete-li tisknout soubor stažený z internetu ([WWW.SKTLIB.CZ](http://WWW.SKTLIB.CZ)) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: 184, 133,134, 183/ 182, 135, 136, 181/ 180, 137, 138, 179/ 178, 139, 140, 177/ 176, 141, 142, 175/ 174, 143, 144, 173/ 172, 145, 146, 171/ 170, 147, 148, 169/ 168, 149, 150, 167/ 166, 151, 152, 165/ 164, 153, 154, 163/ 162, 155, 156, 161/ 160, 157,158,159/ Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hrbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na [MENCLOVA@SKTLIB.CZ](mailto:MENCLOVA@SKTLIB.CZ), bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tištěného čísla je 45 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.***

TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ  
FARMACEUTICKÁ FIRMA