Čísla
4, 5

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

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

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník
VI/2008
ISSN 1214-6102
15.11.2008
REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR

Obsah

Editorial 152

MUDr.VLADISLAV CHVÁLA: ČARODĚJNICE NEBYLY VYHUBENY 152

Z pošty 155

MUDr. JOSEF KUBÍNEK: MALÉ ZAMYŠLENÍ NAD JEDNÍM PROGRESÍVNÍM KARDIO ZÁKROKEM A NE JENOM O NĚM 155

Akce 157

ALBERT PESSO: SÍŤ VZTAHŮ V RODINĚ, JEJÍ HISTORIE A ZÁKLADNÍ VÝVOJOVÉ POTŘEBY: SEMINÁŘ 3.12. 2008 18:30 157

POZVÁNKA NA SEMINÁŘ: 157

***ARLENE VETERE, RUDI DALLOS - ATTACHMENT NARRATIVE THERAPY 14.března 2009 10-16 hod** 157*

Z 12. celostátní konference 158

DOC. PhDr. KAREL BALCAR: PARADOXNÍ REAKCE PŘI PSYCHOLOGICKÉ LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKY PODMÍNĚNÝCH BOLESTÍ 158

Z praxe 163

MUDR.MICHAELA PETIŠKOVÁ: PĚT VARIACÍ NA JEDNO TÉMA 163

Teorie 176

*MATTHIAS FRANZ A JOHANES KRUSE: **ČASTÉ ORTOPEDICKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCI** 176*

Excerpta psychosomatica 192

MUDR.RADKIN HONZÁK: MÁ TĚLESNÉ CVIČENÍ PŘÍZNIVÝ VLIV NA DEPRESI A ÚZKOST? ZDÁ SE, ŽE NE 192

MUDr.V.CHVÁLA: CO JE NOCEBO? 193

Recenze 194

GUDRUN HENNIG, GEORG PELZ: TRANSAKČNÍ ANALÝZA. TERAPIE A PORADENSTVÍ. 194

Sbor recenzentů

Doc. PhDr.Karel Balcar, PhD.
PhDr.Bohumila Baštecká
Doc. PhDr.Marcela Bendová, PhD.
Doc.MUDr. Jiří Beran. CSc.
Doc.MUDr.Martin Bojar, CSc.
MUDr.Radkin Honzák, CSc.
Prof. RnDr. Stanislav Komárek, PhD.
prof.MUDr.Zdeněk Mařatka,DrCs
Doc.PhDr.Michal Miovský, PhD.
prof.PhDr.Stan. Kratochvíl, CSc.
Prof.MUDr.Miloslav Kukleta, CSc.
MUDr.PhDr.Jiří Poněšický, PhD.
MUDr.Jiří Šavlík, CSc.

Redakční rada

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

Redakce

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

Adresa

SKT Liberec
Jáchymovská 385
46010 Liberec 10
tel.:485151398
e-mail: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

MUDr.VLADISLAV CHVÁLA: ČARODĚJNICE NEBYLY VYHUBENY

Abych nevedl plané řeči, v duchu minulého editorialu jsem prudce snížil produktivitu práce. Snad abych nepřidával k té záplavě tiskovin další zbytečné texty. Skutečně se mi to podařilo a jedno číslo našeho periodika nevyšlo, takže musíme vydat dvojčíslo. A nezdá se mi, že by se tím nějak množství tiskovin zredukovalo. Asi to bylo šetření na nepravém místě. Ani konferencí neubylo, několik jsem jich absolvoval od září, dokonce byly věnované tak či onak psychosomatickým myšlenkám. Ve Zlíně se sešli rehabilitační pracovníci na své akci, kterou věnovali psychosomatickým souvislostem, Psychologické dny v Liberci věnované psychosomatice a somatopsychice organizovala zdejší zdravotní škola pro střední zdravotnický personál a první český kongres čínské medicíny proběhl na Hluboké n.Vltavou a i zde se mluvilo o psychosomatice především u dětských pacientů. Mohli bychom být spokojeni. Tedy s množstvím vzdělávacích akcí, ale s obsahem to je o něco horší. Komu by se zdálo, že čarodějnictví v Evropě skončilo se středověkem, hodně by se mýlil. Stejně jako bojovníci, vstanou vždy i nové čarodějnice- a čarodějové, ovšem. Čtenáři fantasy to samozřejmě nepřekvapí, pro ně jsou Gandalf i Saruman běžnou součástí reality. Ale studenti medicíny jsou určitě vedeni k jasnému postoji, že pokud jsou zde nějaké čáry, pak jen jako výsledek evidence based výzkumu. Jinak neexistují a jde jen o iluze nebo předsudky. A nebo o podvodníky. Sám nevím. Na jednu stranu by bylo dobré, kdyby všechno bylo jasné a přehledné, ale na druhou stranu- tu a tam by se malý zázrak hodil i v medicíně. Ale něco jiného je malý zázrak tu a tam a něco docela jiného je čarování v jednom kuse, jak je pro čarodějnice typické. Jak se pak v tom světě mám vyznat, když kromě této reality je tu ještě nějaká jiná, třeba realita „minulých životů“ nebo čísel z dat narození. Vůbec se těm skeptikům nedivím, když se ošívají i při pouhém vyslovení slova z oblasti dosud neprobádané, nebo dokonce již probádané a odmítnuté. Jako je třeba „homeopatie“, nebo „astrologie“. Ne, nebojte se, nevstoupil jsem do klubu skeptiků, jen jsem si na těch konferencích s psychosomatikou říkal, tu a tam, že něco na té skepsi zdravého je. Vůbec se nehodlám zabývat otázkami pravdivosti nebo verifikace. Jen si víc než jindy uvědomuji, že to, s čím můžeme zacházet, to čemu říkáme realita, není skutečnost jaká je, ale za jakou ji považujeme. Doslova, co se o ní říká. To není pro systemické terapeuty nic nového, ale pro kolegy, kteří se pohybují ve světě čistě biologických faktů, to může být problém. Náš svět je světem diskurzivním. Vše, co o něm víme, je souhrnem toho, co se o tom či onom říká- snad kromě několika věcí, se kterými máme osobní zkušenost, hmatatelnou a prožívanou. Ale i tomu nakonec dáváme nějaký význam. Jen si vzpomeňte, jak divné byly

vaše pocity při prvním sexuálním vzrušení- mohlo by to být kde co, nauzea, zimnice, svědění genitálu, nutkání k močení, bušení srdce, pocení, pocit závratě… no, skutečně mnoho projevů. Teprve když jsme tento stav pojmenovali a sexualizovali, stal se pro nás nejen snesitelný ale dokonce vyhledávaný. Už si nespleteme zvedání žaludku s nadšením, když potkáme dívku našeho srdce. Biologické projevy dostaly své jméno a tak se socializovaly. Přes všechnu vrozenost našich pudů, hodně bude záležet na tom, jak je interpretujeme, co z našeho chování, co z našeho vnímání bude sexualizováno: a to je něco, co nelze hledat v genech. Jestliže se za posledních deset let stal například anální styk v heterosexuálních párech mnohem častější, nebo rozhodně více tolerovaný, než tomu bylo dříve- není to vlivem exprese nového genu pro anální styk, ale narativním působením na naše pudové chování. Tolikrát se muži i ženy, nezřídka už během dětství setkají s liberálním postojem k análnímu sexu, tolikrát ho vidí jako „skutečnou" realitu na pornografických fotografiích, až to mohou považovat za „přirozenou součást sexuálního aktu", bez ohledu na to, jak a proč takové fotografie, na kterých se předstírá slast z análního sexu, vznikly. Tak i jen pouhá fantazie proměňuje náš svět.

Tenhle příklad uvádím jako podobenství: nějak tak je to totiž i s jakoukoli jinou naší realitou: snadno ji můžeme proměnit nebo i zničit tím, když si nedáváme pozor na slova. Když vnášíme slova bez ohledu na kontext kamkoli nás napadne. Třeba slova z oblasti fantasy literatury do oblasti léčení. Na každé z konferencí by se dal najít jeden nebo dva referující, kteří ve svatém nadšení míchají nejrůznější terapeutické postupy se slovníkem, který je vyhrazen vědě. Binárním kódem vědy je pravda/nepravda a ta má svá kriteria, jak se dočteme ve vynikající inaugurační řeči Niklase Luhmanna (Luhmann N., The Paradigm lost, Pragma, 1989), kterou proslovil u příležitosti udělení Hegelovy ceny. Jazyk, kterým se s pacientem setkáváme ovšem není jazykem vědy, je to přirozené jazykování, spolupobývání, ve kterém se míchají jak naše tak jeho pojmy, významy, promíchávají se a ovlivňují naše s jeho realitou, tedy to, co v každém z nás z reality zanechalo svoje stopy. V tomto procesu se stále učíme: jde o kognitivní oblast s binárním kódem (dle Luhmanna) funguje/nefunguje, nikoli pravda/nepravda. A v tomto procesu se nám může hodit cokoli, co funguje- tedy „léčí". Právě tak vzorce z Krebsova cyklu, jako receptorová teorie nebo informace o genetických mutacích, psychoanalytické úvahy o snové práci a chybných výkonech, anatomické znalosti o stavbě zažívacího traktu, právě tak jako teorie o vztahu řídících orgánů a akupunkturních drah, emocí a symptomech, které tělo vytváří. Záleží mnohem víc na tom, co z naší zkušenosti bude příznivě interferovat se zkušeností našeho pacienta, než na tom, co je a co není pravda. Tedy, žádná věda, ale umění je to. Dokonce ani ty nejposlednější vědecké informace na tom nebudou lépe: i ty musí nakonec sestoupit z Olympu mezi prostý lid, mají-li se zapojit do procesu léčení. A v tomto procesu se z nich zase stane narativní realita jako součást naší praxe. Na co bychom si však měli dát pozor, je to, abychom sami nezaměňovali médium, ve kterém se pohybujeme. Samozřejmě, máme-li pocit, že to, co říkáme, je pravda a nic než pravda,

zvyšuje to naši jistotu a to je hlavním zdrojem léčení. Tím, že pacient vykazuje známky zlepšení, potvrdí nám, že jsme „měli pravdu“ a jsme si tím zase okus jistější. Tak se nakonec může stát léčebným prostředkem téměř cokoli, čemu pevně věříme. To může být dobré pro pacienta, ale nestačí to na vědu. Ale platí to i naopak: i čistě vědecky správný postup zanedbávající řadu proměnných, jako je tomu např.u tzv.ablace, stále oblíbenější výkon našich kardiologů, jak uvidíme dále, se může v praxi jevit jako účinný. To neznamená, že bychom se neměli inspirovat všude, kde to jde, pokud jde o náš terapeutický slovník. Např.je možno chápat i tak kulturně vzdálenou teorii jako je taoistická teorie jin-jangu jako užitečnou, a pokud jí dokážeme pochopit skrze pojmy zakotvené v naší kultuře, nemusíme se cítit ani ve vědeckých kruzích jako šarlatáni a čarodějové, jak jsme ukázali v naší knize Rodinná terapie a teorie jin-jangu (Chvála V., Trapková L., Portál 2008)

Z POŠTY

MUDr. JOSEF KUBÍNEK: MALÉ ZAMYŠLENÍ NAD JEDNÍM PROGRESÍVNÍM KARDIO ZÁKROKEM A NE JENOM O NĚM

Pracuji jako praktický lékař na dědině a malém městě poblíž Liberce. Chci se podělit o zkušenost, kterou mi jistě potvrdí každý kolega. Před časem jsem si vzal týdenní volno na zotavenou. Není podstatné, že jsem jej věnoval přípravě povídání o psychosomatice na pracovní třídenní schůzku v Peci pod Sněžkou.

Zásadní je první pracovní den po těchto volnech, který je očistnou lázní a pokáním z důvodu přeplněných čekáren. Když přemýšlím, co nutí klienty, aby ihned první den vyhledali svého lékaře a dlouho (samozřejmě) netrpělivě vysedávali v řadě, dostávám se k větě, která se v různých obměnách objevuje: **„..Obtíže mám delší dobu, ale nezlepšily se, neboť když jsem za vámi přišel, tak vy jste tu nebyl.“**

Beru jako své osobní selhání, kdy v momentě, když jsem toto odůvodnění vyslechl již asi po desáté, se mi (pro mne z neznámých důvodů) vyzula obuv na pravé noze a přistála u protější stěny. Následovalo dětinsky trapné vysvětlování, neboť si klientka tohoto úkazu všimla. To však ještě nebyl konec dne a ani důvod těchto řádků.

Dále pak bylo pouze plynulé pokračování v započaté očistné činnosti na jiném pracovišti, bez jídelní pauzy a pod stejným obrazem. Bylo již pozdě k večeru a dlouho po plánovaném konci ordinace, než se dostal na řadu pětapadesátiletý muž, kterému se před dvěma dny „udělalo v koupelně slabo“. Stálo mne značné úsilí v mobilizaci zbylých psychických sil, abych nebagatelizoval, a to i s ohledem k dosavadní němé anamnese klienta. Velmi jsem ho překvapil, když jsem jej po vyšetření s nálezem poměrně závažné ecg arytmie, odeslal rychlou záchranou službou na kardiologii. Ani na tom není nic neobvyklého, spíše naopak.

Důvodem mého sdělení je až následná kontrola stavu po hospitalizaci a provedeném zákroku. Dokonce mne opustilo i uspokojení z náležité bdělosti, navzdory únavě i faktické diagnostické shodě s kardiologií. Co mne zarazilo byl výkon, jenž byl proveden. Odborně se nazývá radiofrekvenční ablace- což přeloženo do srozumitelné mluvy znamená amputace Hisova svazku!

S ohledem k směru mého psychosomatického uvažování mne mírně řečeno polil studený pot při pomyšlení, že v podstatě na zdravém srdci byl proveden nereparabilní, mutilující zákrok. Odvaha současných průkopníku vědy se staví na úroveň dokonalého stvořitelského aktu přírody (i když takto samozřejmě neuvažují), který oplývá několikastupňovými kompensačními mechanismy k ochraně orgánů. Tak je tomu i v tomto případě, kdy funkci přerušené dráhy

autonomního systému nahradí níže postavená centra. Pokud by i tato selhávala, zavedeme externí pacemaker, tak proč se obávat!

Na své cestě hledání a tápání jsem poslední dobou dospěl do oblasti celostní diagnostiky, která je založena na NLS principech (nelineárních měřících systémech). K překvapení i samotných objevitelů (akademika Něstěrova) se zjistilo, že naměřené hodnoty zapadají spíše do vazeb čínské energetické růžice. Byl jsem proto přinucen oprášit své i tak poměrně chabé znalosti čínské medicíny a pustit se do hlubšího studia, což hlavně obnáší pochopení filosofického aspektu. K mému úžasu jsem zjistil, že esoterní psychosomatika, která je mému nahlížení nejbližší, jež vychází z prastarých hermetických nauk, je v jiném pojetí vyjádřený Taoismus, což jenom poukazuje na kořenové sounáležitosti prazákladů východních a západních filosofických světonázorů.

K tomu, abychom mohli přijmout čínské medicínské pojetí je nutno poopravit naše klasické, akademické pojetí psychických funkcí.

V čínské tradici je pět základních emocí (radost, zádumčivost, žal, strach a hněv) a přináleží vždy jednomu z pěti prvků (oheň, země, kov, voda, dřevo), k nímž jsou však dokonale prokomponovány, neboť z těchto prvků je vytvořeno vše, jak v makro, tak i v mikrokosmu. Mozek je pojímán jako shromaždiště všeho jangu, centrem pro inteligenci, rozpoznávání, nachází se zde paměť a mozek řídí smyslovou činnost orgánů. Všem orgánovým centrům i v psychické oblasti je nadřazeno srdce, jež je sídlem duše *šen.*

Z tohoto pohledu je zřejmé, že i orgány jsou obrazem základní psychické konstelace, na kterou mohou ve zpětné vazbě v projevené úrovni působit psychické, duševní energie, čímž je mohou jak posilovat, tak i poškodit.

Tím se vracím k demonstrovanému příkladu, kdy nikoho jistě ani nenapadlo se zeptat na to, co dotyčný prožívá, jaké má problémy a které spíše neřeší. Takto pojímáno, nemůže vykonaný zákrok nic vyřešit. Snad pouze z jednoho aspektu, z krajně nepříjemně prožívaného elektrokoagulačního insultu, neboť celý zákrok je prováděn bez náležité anestesie. Zdálo se mi, jakoby tento prožitek odstranil stavidla negativním emocím a umožnil jim vyplavat do vědomých vod, což se projevilo během návštěvy tím, že mi krom opakovaného poděkování?! za neprodlené odeslání k odbornému ošetření, začal spontánně hovořit o problémech na pracovišti hraničících až se zneužíváním, čemuž se doposud nedokázal patřičně bránit. Mám dojem, že bych mohl tímto bez dalšího komentáře skončit nebo se spíše rozpomenout, nač jsme všichni přísahali, že: Primum non nocere.

AKCE

ALBERT PESSO: SÍŤ VZTAHŮ V RODINĚ, JEJÍ HISTORIE A ZÁKLADNÍ VÝVOJOVÉ POTŘEBY: SEMINÁŘ 3.12. 2008 18:30

Aneb: jak ovlivnilo naplňování našich základních vývojových potřeb - potřeba místa, podpory, bezpečí, emočního nasycení a potřeba limitů - povahu současných vztahů v rodině a partnerství?

Unitaria - sál Dr. N.F. Čapka, Anenská 5, Praha 1

Vážení přátelé, sdružení Diabasis Vás zve na přednášku významného amerického psychoterapeuta Alberta Pessa... (informace o Albertu Pessovi a terapeutickém přístupu Pesso Boyden System Psycho-motor viz http://www.pbsp.cz/)

cena: 200 Kč (sleva pro studenty: 150 Kč) překlad zajištěn

www.diabasis.cz

Těšíme se na setkání s Vámi

za o.s. Diabasis Michael Vančura, Zora Vančurová, Alan Jarkovský

POZVÁNKA NA SEMINÁŘ:

ARLENE VETERE, RUDI DALLOS - ATTACHMENT NARRATIVE THERAPY 14.března 2009 10-16 hod

Arlene Vetere a Rudi Dallos jsou významní kliničtí psychologové a rodinní terapeuti ve Velké Británii. Mají dlouholetou praxi v různých kontextech a s různou problematikou např. násilí v rodině, práce s dospívajícími, poruchy příjmu potravy, poruchy chování. Ve své práci úspěšně integrují myšlenky ze systemické, narativní a dynamické perspektivy a to s ohledem na praktické využití.

Arlene Vetere je též profesorka na University of Surrey, Velká Británie. Je také spoluautorka několika knih - Narrative therapies with children and their families, Research in Counselling and Psychotherapy. Rudi Dallos působí na University of Plymouth, Velká Británie. Je autor několika publikací se zaměřením na narativní perspektivu - Interacting stories,

family beliefs and narratives; Attachment Narrative Therapy, spoluautor učebnice Introduction to Family Therapy.

Místo konání: Máchova 7, Praha 2

Je zažádáno o schválení AKP ČR a udělení kreditů pro další vzdělávání psychologů.

Cena:

platba do 10.1.2009 pro členy SOFT a pro studenty 700,-Kč, ostatní 900,-Kč

platba po 10.1.2009 pro členy SOFT a pro studenty 900,-Kč, ostatní 1100,-Kč

Přihlášky na seminář zasílejte na adresu softforum@softforum.cz a platby zasílejte na číslo účtu 631 367 001 / 5500 (v poznámce uveďte své jméno).

Z 12. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE

DOC. PhDr. KAREL BALCAR[1]: PARADOXNÍ REAKCE PŘI PSYCHOLOGICKÉ LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKY PODMÍNĚNÝCH BOLESTÍ[2,3]

Centrum pro léčbu bolesti VFN Praha a ÚNPKF 3. LF UK v Praze

ABSTRAKT

Nečekaně opačné účinky jinak úspěšně užívaných psychoterapeutických postupů při léčbě vleklé bolesti svědčí o vlivu psychologické dynamiky spjaté s výskytem, projevy a následky zakoušených bolestivých stavů.

Praktickými příklady uvozuje příspěvek rozpravu o možných podobách psychodynamiky paradoxního reagování při psychologické léčbě bolestí, popřípadě i dalších psychosomaticky podmíněných funkčních poruch

[1] Adresa pro korespondenci: KB, PVŠPS, Hekrova 25, 149 00 Praha 11, e-mail: výzkum@viap.cz.

[2] Práce proběhla s podporou VZ 00216 208 16 MŠMT: Patofyziologie neuropsychiatrických onemocnění a její klinické aplikace

[3] Zčásti předneseno jako příspěvek na 12. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci 24.-26. 4. 2008

Lékaři ambulance bolesti ve VFN Praha žádají o přispění psychologa při diagnostice a léčbě pacientů v různých případech, mezi nimiž početně převažují dva. Bývají to jednak pacienti, u nichž pro výskyt chronických a špatně zvladatelných bolestí jsou dostatečné somatické důvody, jako například ortopedické, neurologické nebo onkologické onemocnění. Tam má psycholog poskytnout kvalifikovanou podporu člověku v jeho těžkém životním údělu a pomoci mu k lepšímu osobnímu zvládání jeho nemoci a obtíží. Pak to bývají pacienti, u kterých pro výskyt takových bolesti dostatečné somatické důvody nalézány nejsou a je možné, že bolesti jsou v podstatné míře podmíněny psychologicky či psychofyziologicky. Zde má psycholog tuto možnost diagnosticky ověřit, popřípadě přispěl k léčbě psychoterapeuticky.

Vážným omezením v soustavné psychologické práci je skutečnost, že v této konkrétní ambulanci bolesti v době popisované zkušenosti povolilo vedení nemocnice na zaměstnání psychologa pouze desetinový úvazek. To znamená, že setkání s pacienty probíhalo ne častěji, než jednou za dva týdny, mnohdy i v ještě delších časových odstupech.

Mám zde zkušenosti s případy chronických, suspektně psychosomaticky podmíněných bolestí, kdy psychologická léčba pomáhá, a to zpravidla postupným „vyhasínáním“ bludných okruhů bolest zahrnujících, i s případy, kdy psychologická léčba nepomáhá, pacienti na ni nereagují. Oba výsledky známe i z jiných oblastí lékařské a psychologické péče a jsme na ně zvyklí. Zde se zmíním o třetím úkazu, kdy se setkávám s reakcí paradoxní. Jde o případy, v nichž psychoterapeutický postup začne probíhat úspěšně, avšak poté se jeho účinek zvrátí a reakce pacienta je na některé úrovni jeho prožívání a počínání naopak horší, než tomu bylo dosud.

Příklad 1:

N. Q., (iniciály jména změněny), 52 let, v současnosti bez partnerského vztahu a bez dětí. Doma pečuje o invalidní matku, v zaměstnání vykonává těžkou tělesnou práci v infekčně ohrožujícím prostředí.

Současným onemocněním trpí 4 roky. Projevuje se záchvatovitě nastupující a dlouho přetrvávající palčivou a tlakovou bolestí v levé zadní části hlavy. Lék. dg. G448, blíže určená jako „atypická orofaciální bolest s lokalizací retroaurikulárně l. sin.“

Bolest tč. nelze vysvětlit organickým nálezem. Zčásti je tlumena analgetiky, zčásti i farmakoterapii stále vzdoruje. Pacient je kvůli tomu již téměř 6 měsíců v pracovní neschopnosti a má obavy, jak to bude s jeho prací a zaměstnáním dál. Vzhledem k nejasnému původu bolestí ho ošetřující lékařka doporučila navíc do péče psychologa AB. Ten se s ním setkal celkem třikrát, a to z důvodů výrazně omezené vlastní přítomnosti v ambulanci a vedle toho i překážek na straně pacienta.

Při prvém setkání poskytly pozorováním a rozhovorem zjištěné okolnosti pacientova života podporu domněnce, že pacientovi jeho současná pracovní neschopnost pro toto onemocnění představuje tč. účinné, byť nezdravé a

pouze krátkodobé řešení jeho svízelné životní situace: Žije pouze se svou nemocnou matkou, která vyžaduje jeho péči. Pracuje ve fyzicky náročném a infekčně vysoce rizikovém zaměstnání, kde prodělal již vážné plicní onemocnění a před časem jeden jeho spolupracovník na nákazu zemřel. O změně zaměstnání vzhledem k náročné rodinné situaci a ubývajícím silám neuvažuje, neboť nemá žádnou jinou pracovní kvalifikaci a nevěří, že by ve svém věku 52 let mohl sehnat jinou, vhodnější práci.

V přímém kontaktu je v jeho paraverbálním a nonverbálním projevu patrné jednak zoufalství nad utrpením, jehož ho lékaři nedokáží zbavit, jednak hněv, zacílený na ně a možná i na další společenské instituce. Verbálně dává průchod prvé emoci, druhou jakoby kompenzuje formálně velice zdvořilým a respektuplným vyjadřováním.

Při druhém setkání, kdy rozhovory o pacientových potížích a o jeho svízelné životní a pracovní situaci se točí stále v kruhu utrpení a bezvýchodnosti, zdůvodňuji u něj pozorovaným napětím a rozrušením praktický pokus o zmírnění stavu sugestivně navozenou relaxací a disociací bolesti. Pacient po uložení na lehátko zjevně prožívá dále silné napětí a rozrušení, proto přecházím od permisívně podávaných pokynů k soustředěnému sebeuvolnění k autoritativnějšímu sugerování rychlých změn v prožívání sebe a okolí, blížícímu se svou povahou „matoucí technice“ hypnotizace a účinně vyvolávající zevně pozorovatelné i slovně potvrzované kladné reakce na aktivní změny vyvolávající sugesce. Nato podávám sugesce klidu, uvolnění a pohody všude, kde předtím byla bolest a napětí. Po asi desetiminutovém výkonu se pacient za doprovodu slovních sugescí opět vrací do „normální“ orientace v čase a v místě.

Pacient ještě na lehátku s překvapením sděluje, že bolest je pryč. Vrací se na židli a krátce hovoříme o tom, jak mu nyní je. Potom zavádím hovor na obecnější praktické věci – další návštěvu atp. Asi po pěti minutách si náhle pacient začíná stěžovat, že mu je zle a točí se mu hlava. Znovu ho ukládám na lůžko, pokračuji sugescemi vymizení obtíží, pohody a energie. Po opětném usazení na židli je stav lepší, při loučení se však údajně opět vrací předchozí nedobrý stav, pacient se bojí, zda dojede domů. Dostává autoritativní ujištění, že to bude v pořádku – také se pak bez problému domů dostal.

Při další návštěvě však zjevně rozporným způsobem opět formálně zdvořile, avšak se zjevným rozrušením, které přičítám potlačované emoci, sděluje, že „po minule se na mě ‚skoro‘ zlobil, co jsem mu to udělal, takže vlastně už ani nechtěl přijít“ – což s pochopením kvituji. Původní bolest se mu vrátila a dále trvá. Opět v rozhovoru vypovídá o svých obtížích a uvažujeme o dalších možných praktických krocích v jeho léčbě i v jeho životě, domlouváme možnost dalšího setkání, o něž se pak již nepřihlásil. Při další návštěvě ošetřující lékařky na AB sděluje, že o psychologickou léčbu již nestojí. Na AB dochází ještě v přibližně měsíčních intervalech na farmakoterapii, kde se podařilo najít kombinaci obstřiků a analgetik, která bolest nevyléčila, avšak

dosáhla jejího snesitelného zmírnění a propuštění pacienta do péče lékařů na obvodě, s možností opět se v případě potřeby na AB ohlásit.

* * * * *

Příklad 2:

S. X. (iniciály jména změněny), 20 let, svobodná, žije s rodiči, studuje prvním semestrem vysokou školu.

Pacientku doporučila k psychologické péči ošetřující lékařka AB, kde je léčena pro celkovou trvalou tlakovou bolest hlavy, přetrvávající od 4 let věku, kdy měla úraz na kolečkových bruslích, somaticky plně a bez pozorovatelných následků vyhojený. Předepisovaná analgetika bolest zčásti utlumují za cenu celkového, subjektivně snesitelného, utlumení pacientčiny aktivity, které jí nezabraňuje podávat požadované pracovní a studijní výkony. Lék. dg.: G442 „tenzní bolesti hlavy“. Krom občasných „záchvatů“ mimořádně silné bolesti provázené nauzeou a zvracením zůstává intenzita bolesti při analgetické léčbě poměrně mírná.

Lékařka ji doporučila do péče psychologa AB s cílem naučit ji dosáhnout samostatného mírnění či úplného odstraňování bolesti psychofyziologickým nácvikem. Pacientka absolvovala celkem 6 pracovních setkání s psychologem v časových odstupech dvou až osmi týdnů během čtyř měsíců, v mezidobích s ním byla v kontaktu elektronickou poštou – podávala zprávy a dostávala pokyny k samostatnému nácviku relaxace a k jeho regulaci při sdělovaných obtížích. Ke konci spolupráce pak touto cestou probírali její postoj k pokračování léčby cestou dynamické psychoterapie.

Při pozorování, rozhovorech a vyplňování dotazníků či absolvování jiných diagnostických zkoušek si pacientka počíná velice svědomitě, na požadavky a otázky psychologa odpovídá racionálně a rezervovaně, se zřetelným odstupem vůči jakémukoli přirozenému projevu emocí nebo vlastního postoje k dění v psychologické péči. Návrh pokusit se postupně „zrušit“ diagnostikované „tenzní“ bolesti nácvikem relaxace zjednodušeným postupem autogenního tréninku ráda přijímá a zdá se, že se jí řízené uvolňování zpočátku při prvním zkoušení v ordinaci i při jeho nácviku poté doma daří.

Po několika týdnech však sděluje, že po slibném začátku se při nácviku náhle začal objevovat jednak sílící úzkostný neklid s potřebou pohybu, jednak pocit vnitřního zablokování nácviku („jako zeď“) s vnitřním komentářem „Vždyť to nepotřebuješ, s prášky to zvládáš dobře“. Při snaze pokračovat ve cvičení se pak vyskytl pocit „zle“ v oblasti žaludku, který ji přinutil s nácvikem přestat. Ani taktické rady ohledně nácviku nepomohly, takže navzdory její zjevné vědomé snaze bylo nutno tuto metodu opustit. Seznamuji pacientku s tím, že jinak nevysvětlitelný výskyt mimovolně vznikajících překážek v nácviku nejspíš svědčí o složitější vnitřní nebo vztahové dynamice spojené s výskytem obtíží a navrhuji doporučení k systematické dynamicky zacílené psychoterapii v jiném vhodném zařízení. Po odmítnutí pacientky jít k psychoterapii jinam než ke

mně, nabízím i při omezených časových možnostech takový pokus zde, což pacientka přijímá.

Při následujícím setkání se spolu pouštíme do dynamiky jejích vzájemných vztahů s lidmi a institucemi, kteří a které jsou pro ni v současnosti nejdůležitější. Nad nákresem její „mapy současných vztahů“ probíráme, co se kde odehrává, Ukazuje se – velmi mírně naznačená – ambivalence vůči škole a vůči otci, který ji ke studiu zde přiměl. Vše probíhá poněkud zdráhavě, avšak klidně a opět s patrným tlumením jakéhokoli spontánního emočního projevu, s velmi racionálním odstupem.

Po tomto setkání však posílá elektronické psaní, v němž sděluje, že její bolest se nyní relativně ustálila a stačí jí mírnit na snesitelnou úroveň analgetiky, že mě proto nechce dále obtěžovat a že má tolik povinné výuky na škole, že je vyloučeno, aby se během týdne ke spolupráci se mnou z ní uvolňovala. Jako další argument se odvolává na to, že i já jsem si nebyl naprosto jistý, že tento způsob psychoterapie její bolest vyléčí. Toto jí svou odpovědí koriguji, až nakonec sděluje, že ji ve skutečnosti polekalo, že by měla hovořit o osobním životě, že již mé vyptávání na rodinu bylo pro ni stresující a že by „nebyla schopna otevřít se a bála by se jít hlouběji“ prostě ze strachu. To je pro ni „hlavní příčinou, proč volí cestu léků“, i když velice oceňuje moji snahu pomoci... – Což jsem mohl pouze velice ocenit jako osobně statečné přiznání a popřát jí s porozuměním i tak dobrý vývoj do budoucna, s možností kontaktu se mnou kdykoli by to pokládala za prospěšné.

* * * * *

Dva jinak velice rozdílné příběhy nejen neúspěšné, ale nadto i další potíže provokující psychologické péče v ambulanci bolesti nasvědčují tomu, že

- ne vždy stačí vědomě projevovaná a zřejmě i vědomě prožívaná touha po odstranění bolesti (či psychosomaticky podmíněného příznaku vůbec) k překonání ne již tak vědomě prožívané ambivalence vůči příznaku a tím i vůči psychologické léčbě;
- psychofyziologická dynamika této subjektivně neuvědomované ambivalence může nabýt podoby aktivního „útoku“ dalšími příznaky a zábranami proti zdánlivě již úspěšně započaté či alespoň potvrzené léčbě;
- a psycholog i s dobrou vůli a s určitou terapeutickou výzbrojí v tomto zápase může leckdy být přinucen k ústupu stejně jako ono (snad?) „lepší a dobře mínící“ já pacientovo.

A na pozadí těchto i dalších zkušeností s psychosomaticky podmíněnými onemocněními či příznaky opakovaně vystupuje do popředí často zvnějšku dobře pozorovatelné „odštěpení“ či „rozpojení“ somaticky se projevujících obtíží a problémů a osobních nebo vztahových obtíží a problémů ve vnímání a uvažování těchto pacientů. Vědí o své „porušenosti“ v každé z těchto oblastí života, pod vahou argumentů ji dokáží navenek připustit, avšak se zvláštním motivačním nábojem popírají možnost, že obojí spolu může souviset. Připustí-

li to, bývá to často jen čistě slovní úkon pro vyhovění terapeutovi, jímž vnitřní citový nesouhlas a odpírání angažovat se v tomto směru nebývá překonán a naopak může na psychoterapeutický, třeba zpočátku i poněkud úspěšný „útok“ proti této hradbě disociace vzápětí odpovědět paradoxním protiútokem nových příznaků – až neskutečně vynalézavých výtvorů svého jednotného bytí.

Z PRAXE

MUDR.MICHAELA PETIŠKOVÁ: PĚT VARIACÍ NA JEDNO TÉMA

Autorka je psychiatrička a psychoterapeuta

Níže uvedené kasuistiky jsem nasbírala během svého dvouletého působení v roli vedoucího lékaře a terapeuta na Psychosomatické klinice na Praze 6.

Měla jsem tehdy z odborného hlediska vynikající podmínky k práci v podobě pracovního týmu, který se krom psychoterapeutů – většinou psychologů, sestával dále z gynekoložky, internisty a fyzioterapeuta.

Léčba níže zmíněných pěti pacientek spočívala v individuální psychoterapii, důležité pro mne bylo zejména zázemí uvedených somatických lékařů.

Všech pět pacientek stálo před vývojovým úkolem stát se matkou. Všechny k němu byly nakročeny na základě svého vnitřního nastavení, nikoli vnějších si bezpodmínečně biologických tlaků. Jeho naplnění však pro ně bylo ztěžováno více či méně závažnými psychosomatickými symptomy.

Krátkodobé či dlouhodobé terapie, rozdíl v konstelaci.

Příběhy mne zaujaly podobností probíhajících psychických procesů (podpora emočního dozrávání, separace běžící jak na úrovní vztahů k rodičům, tak k partnerovi spojená s vyrovnáváním se, které často neskýtaly možnost identifikace) i konstelací rodinných systémů. To vše často při velmi odlišném charakteru a závažnosti psychických i tělesných symptomů.

Představeny jsou dvě krátkodobé a tři dlouhodobé terapie. U těch krátkodobých (Věra a Lída) najdeme poměrně pevný nukleární rodinný systém, s více či méně emočně dostupnou výraznou otcovskou autoritou. U těchto pacientek šlo především o odvahu ke konfrontaci s partnerem a prosazení se vedle něho. Tři roční terapie (Alena, Markéta, Aneta) byly založeny na opuštění zidealizovaných mužských vzorů. Za povšimnutí stojí jistě podobnost rodinného systému, kterému dominuje mocná babička neztrácející kontrolu nad životem své dcery ani v dospělosti a odchod otce v období časné či pozdější puberty (úmrtí, rozvod, alkoholismus a fysické týrání). Akceptaci doposud nepřijatelných mateřských částí jistě usnadňovala přítomnost terapeutky, což se u Aleny a Anety odehrávalo méně nápadně (i když obě projdou stadiem nedůvěry a Andrea si i zabojuje), u Markéty vše probíhá s menší mírou reflexe na rovině aktuálního konkrétního terapeutického vztahu, tak jak to známe u pacientů s akcentovanějšími osobnostními rysy.

Samotnou práci provedly motivované pacientky. Terapeutická práce spočívala zejména v ne vždy sdělované reflexi a provázení výše zmíněnými vývojovými procesy, též ve vhodné, často intuitivní rezonanci s nimi. Příkladem posledního bylo například zařazení relaxačních a imaginativních technik v závěru terapie Aleny a Markéty (neměla jsem nejmenší tušení, že se jedná o závěr terapie). Právě během tohoto období obě pacientky otěhotněly.

Příběh první –Lída:

Věk v době terapie: 35 let

Délka trvání léčby: 6 sezení

Použité techniky: individuální psychoterapie

Návaznosti: gynekoložka

Konvenční diagnóza a symptomatika: spíše gynekologické – infertilita, srůsty, stav po . salpingoektomii, stav po neúspěšné IVF

Psychiatrická medikace: 0

Problém: Přišla pro konkrétní problém s partnerem. Velmi touží po dítěti, k dalšímu IVF je spíše skeptická, mluví o adopci, partner však zásadně nesouhlasí, argumentuje, že vlastních dětí má dost, dítě by ho rušilo, současná situace, kdy má maximální péči partnerky, mu vyhovuje. Pacientka je v současné situaci nešťastná, ale partnera nechce ztratit

Historie: Lída je starší dcera rodičů, žijících na venkově. Otec, získal v restituci velké hospodářství, v rodině autorita. Matka hodná, laskavá. V pacientčiných 8 letech došlo k zásadní životní události. Onemocněla apendicitidou, s následnou perforací a sepsí. Byla v ohrožení života, půl roku na ARO, opakovaně reoperována. Rodiče tehdy prožili velkou úzkost, na základě které pak na pacientku velmi hyperprotektivně a přísně dohlíželi, nikam jí nepouštěli a ona byla až do maturity poslušnou a vzornou holčičkou. Na vysoké škole se „utrhla ze řetězu“, žila bujarým nočním životem, což doma přinášelo značné neshody. Domů se už nevrátila, vzala si spolužáka, se kterým postavila dům. Po jedenáctiletém vztahu se rozvedli, nemohla mít děti a jejich životní styly se diametrálně lišily. On chtěl sportovat a cestovat, ona pečovat o domácí krb. Mezitím udělala úspěšnou vědeckou kariéru, pracuje jako matematička. Žije s mužem o 18 let starším, odborníkem ve stejné branži, v usedlosti na venkově, kde pěstují koně a psy, dojíždějí nesmírnou dálku z centra a pacientka se plně věnuje péči o partnera a domácnost. Partner byl před tím několikrát ženatý a z předchozích manželství má 3 děti, se kterými se příliš často nestýká a nemá užší emoční vazby.

Problém: Přišla pro konkrétní problém s partnerem. Velmi touží po dítěti, k dalšímu IVF je spíše skeptická, mluví o adopci, partner však zásadně nesouhlasí, argumentuje, že vlastních dětí má dost, dítě by ho rušilo, současná situace, kdy má maximální péči partnerky, mu vyhovuje. Pacientka je v současné situaci nešťastná, ale partnera nechce ztratit.

Průběh: Během několika málo psychoterapeutických sezení pacientka nahlédne, že vlastně veškerý svůj život přizpůsobuje partnerovi, že se brání jakékoli konfrontaci či sebeprosazení kvůli negativním emocím, které tyto situace přinášejí a které špatně snáší. Otvírá se i starý konflikt s otcem. Ten je v rodině autoritou, kolem které se chodí po špičkách. Má dceři za zlé, že se nevěnuje rodinným chlévům a polnostem, ač má adekvátní vzdělání, nýbrž utekla do centra a má podivného partnera. V průběhu vzájemných setkávání se pacientka konfrontuje s otcem a partnera postaví před své rozhodnutí – mít dítě i za cenu ukončení vztahu. Začíná si hledat vlastní byt. Partner výrazně somatizuje formou akutní erozivní gastritidy, nakonec ale na podmínky pacientky přistoupí. Pacientka je s výsledkem léčby spokojena . Domlouváme se, že se ozve v případě potřeby. V závěru léčby si dovoluji vyjádřit svou intuitivní důvěru v pacientčin osobní potenciál i v její schopnost mít vlastní dítě. To se mi potvrdí po nějaké době, kdy od její gynekoložky, která jí vlastně do terapie odeslala a se kterou průběh celé terapie konsultuji, že pacientka porodila vlastní zdravé dítě. Otěhotněla přirozeným způsobem.

Závěr: Jednalo se krátkodobou, poměrně nekomplikovanou terapii motivované pacientky, která byla již celou osobností nastavena k vývojové změně. Terapie jí umožnila hlubší reflexi aktuální situace a dala zelenou k další vývojové cestě. Velkou zásluhu na jejím úspěchu má gynekoložka, která situaci pacientky rozpoznala a odeslala ji do terapie.

Příběh druhý – Věra

Věk v době terapie: 36 let

Délka trvání: půl roku, za toto období proběhlo celkem 10 sezení ve velmi nepravidelné frekvenci

Použité techniky: individuální psychoterapie resp. krizová intervence,

Návaznosti: 0

Konvenční diagnóza: Neorganická nespavost, Revmatický zánět v koleni, Autoimunitní hypothyreosa

Symptomatika: období úporné nespavosti, bolesti levého kolene, celkové úzkostné osobní nastavení

Psychiatrická medikace: Hypnogen, Lexaurin

Historie: Věra pochází z venkova, ze stabilní rodiny, kde měl otec vždy hlavní slovo. Matka mu byla stále k disposici a děti přicházely na řadu vždy druhé v pořadí. Kolem otce se chodilo po špičkách. Ona i její o 5 let starší bratr byli vůči rodičům v podřízeném postavení, což platí dodnes. Věrčiny názory byly a jsou akceptovány přinejlepším se shovívavou rezervou. Emoční kultura rodiny je spíše chladnější, není prostor pro důvěrnější kontakt.

Věrčina studijní a profesionální dráha probíhá bez výkyvů, pro svou odpovědnost a spolehlivost patří mezi „předsedy třídy“. Po vysoké škole pracuje jako právnička a brzy se postaví na vlastní nohy. V práci je perfekcionistická až úzkostná. Ekonomicky je zcela nezávislá a často zajišťuje i své partnery. Partnerské vztahy vnímala donedávna vlastně jako nezávazné a kromě toho s současného je nebrala jako příliš důležité pro svůj život.

Problém: Hlavním symptomem je úporná nespavost, přicházející během půl roku v několika vlnách. Vždy je provázena velkou vyčerpaností, která se pak obráží na Věrčině pracovním výkonu. Ústředním tématem je její partnerský vztah. Partner, o dva roky mladší, je syn alkoholika a velmi nenápadné matky, rodina žije na venkově. On je chladnější, příliš se neprojevuje a automaticky předpokládá, že Věra bude akceptovat jeho životní styl: časté pobyty s kamarády (ona by chtěla vyrazit ve dvou), velké sportovní výkony (ona mu nestačí, též díky somatickým onemocněním). Probíhá mezi nimi stálý boj o pozice – žijí v „jejím“ bytě, který je vybaven „jeho“ nábytkem. „Její“ jí dává značně najevo, na bydlení nepřispívá a v bytě neuklízí. Zato vyžaduje polovinu nákladů za společné dovolené s kamarády, které Věru nebaví. Nesoulad se projevuje i v intimním životě. On chodí pozdě z večírků s kamarády, takže pokud má Věra zájem o sex, musí si počkat, nebo počítat s tím, že bude buzena. Ukazuje se, že tento režim je jednou z podstatných příčin její nespavosti. Také její potřeba je v tomto směru vyšší než partnerova. Početí za těchto podmínek je tedy poněkud komplikované. A ač se o ně během posledního půlroku pokouší, nedaří se.

Průběh: Věra pracuje v firmě blízko mého pracoviště a „občas si odskočí“, když nám oběma vyjde čas. Terapie má poněkud nesystematický charakter, občas jde o krizové zásahy při akutně vzniklých potížích, či nepravidelnou, jednorázovou medikaci. Nespavost se objevila náhle před půl rokem poté, kdy revmatoložka vysadila Věře léky, s tím, že zánětlivý proces v kloubech je nyní v klidu a že by bylo vhodné využít toho času k početí potomka. Věra si uvědomila tikot biologických hodin a zpanikařila.

V průběhu léčby se vlastně zabýváme výlučně partnerským vztahem, tedy tím, že se Věra může vůči partnerovi prosadit, že má na to legitimní nárok. Také hledáme praktické způsoby, jak prosazení dosáhnout. Na tomto poli Věra zaznamenává úspěchy. Druhou linií léčby je její vlastní jistota, prostor a čas vedle partnera. Dosud, ač vlastně fakticky nezávislá, předpokládala, že vztah vyžaduje její plnou oddanost a emoční závislost, jak byla zvyklá od matky. Pomalu se adaptuje na kompromisy, drobné posuny přicházejí i z druhé strany. Pak přemýšlí o nějakém dalším uplatnění a navštíví kurs práce s imigranty. Sezení bývají velmi kontrastní – jednou vidí partnerovy kvality (šikovnost, pracovitost, vztah k rodině), podruhé je odhodlaná k rozchodu. Podle toho osciluje také intenzita příznaků. Jednoho dne Věra zavolá, že je v časném stádiu těhotenství a krvácí, proto nemůže přijít. Krizi překoná a v termínu porodí zdravého chlapečka. To se však dovídám už od jejích spolupracovníků.

Závěr: Věřin příběh je vlastně zhuštěním všech ostatních. Během kontaktů postupně emočně dozrává, získává vlastní jistotu a prosazuje se vůči partnerovi, aniž by ho zavrhla.

Emoční dozrávání je pro ni vlastně jakési poměrně rychlé prozření z jisté „emoční deprivace“. Věra poprvé objevuje možnost sebereflexe a emočního kontaktu se sebou samou. Začíná odečítat sociální reakce okolí a jejich význam pro svůj život.

Příběh třetí – Alena

Věk v době terapie: 31 let

Délka trvání léčby: 1 rok, sezení ve týdenní až čtrnáctidenní frekvenci, s občasnými pauzami

Použité techniky: individuální psychoterapie, v závěru relaxační techniky, 1x rozhovor s partnerem

Návaznosti: gynekoložka, internista

Konvenční diagnóza: Disociativní porucha [4]

[4] Kolegové by jistě u Aleny našli rysy z oblasti osobnostních poruch (rysy nevyzrálosti závislosti), měla jsem však značný respekt k její odlišné (nejen) emoční kultuře. Podstatné pro mne byly její emoční i behaviorální přechody do různých „časových pásem“, které vnímala i gynekoložka. Obtíže bylo možno alespoň částečně chápat jako konverzivní.

Symptomatika: v gynekologické oblasti – výtoky, bolesti, zejména při styku a po styku, pruritus v oblasti genitálu, zneschopňující stavy celkové slabosti spojené se zvýšenou teplotou, třesem a bolestmi v podbřišku, bolesti zubů, potíže zpracovává Alena velmi úzkostně a hypochondricky naléhá na somatické lékaře s žádostí o okamžité řešení – tím se zařazuje mezi obtížné pacienty (na Psychosomatickou kliniku byla odeslána z jiného pracoviště, kde už si s ní „nevěděli rady“).

Psychiatrická medikace: K psychiatrické medikaci jsme nepřistoupily, protože Alena nechtěla. Jinak bych se asi o medikaci preparáty charakteru SSRI pokusila za účelem zmírnit Aleniny zneschopňující psychosomatické propady.

Historie: Alenina matka pochází z měšťanské ukrajinské rodiny žijící na východě tehdejší federace. Rodinu ovládala mocná babička. Ta investovala veškerou svou energii do dokonalého vnějšího obrazu svých dvou dcer – dvojčat. Traduje se, že za ně psala i úkoly, aby byly dostatečně krasopisné. V pubertě si děvčata musela stahovat prsa, aby nelákala nevhodné partnery. Pokud se přece jen na rande s někým takovým chystala, neváhala je matka zamknout doma, či jim nasypat do jídla projímadlo. Alenina matka se s otcem, vysokoškolským pedagogem seznámila těsně před zásnubami s jiným partnerem. Ve svém dilematu byla podpořena rodinnou cenzurou, kdy otec byl shledán rodinou jako vhodnější. Manželství však bylo nešťastné, otec svou bezradnou, rozmazlenou ženu často opouštěl, matka si svou nespokojenost kompenzovala hysterickými záchvaty a neúměrným trestáním svých dcer – Alena vzpomíná, jak byla matkou zavírána do tmavé komory pod schodištěm, kde musela dlouhé hodiny klečet. Oporou pro ní i pro její sestru byla v té době (i později) právě ona babička, oběma vnučkami velmi milovaná. V Aleniných 15 letech otec odešel s jinou ženou, profesorkou latiny a francouštiny. Pravděpodobně od té doby se datuje Alenin sen o pohádkovém princi, kterým se stal spolužák z vyššího ročníku gymnázia. Alena k němu vzhlížela a udržovala platonický vztah i přes svůj pobyt jako ou pair ve Francii, který zprostředkoval otec se svou novou partnerkou. V době studií francouštiny už spolu žili v centru na druhém konci republiky.

Vztah ale nebyl šťastný. Partner se k Aleně choval velmi majetnicky a násilnicky, nebral nikdy ohled na její zdravotní potíže, naopak, vyčítal jí malý zájem o sex a vyžadoval ho i přes její velké bolesti. Když pak Alena našla útočiště u současného partnera a on se to domákl, dělal jí ze života peklo. Pronásledoval jí, psal jí sprosté dopisy, jindy zase lákal, aby se vrátila, to trvalo asi další 2 roky.

Problém: Alena žije v několikaletém vztahu s partnerem, uvažují o tom, že si pořídí rodinu, pro současné gynekologické a sexuální potíže a celkové stavy slabosti si na to netroufá. Také si není jistá, zda současný partner „je ten

pravý“, obává se jeho rodinné zátěže (sestra schizofrenička, matka trpí depresemi), je stále emočně zaangažovaná v předchozím vztahu.

Průběh: Nejdříve zpracováváme Aleninu závislost na předchozím partnerovi, což nám zabere dost času, Alena je stále ještě jednou nohou ve svém snu o princi a hledá vinu především u sebe. To souvisí s přijetím toho současného partnera a tím současně vyrovnávání se s oběma rodiči. Matkou Alena v podstatě pohrdá – ta žije sama na sociálce, nedbá na sebe a potácí se v depresích. Alena se za ni stydí, zároveň má strach, aby nebyla jako ona, cítí že má něco z ní v sobě. Otce si naopak Alena velmi idealizuje. Nikdy nevyjadřuje otevřený vztek na nikoho ze všech zmíněných blízkých. Obviňuje se za své potíže, vnímá, že má v sobě něco zlého, mluví o špíně, hnusu, slizu…Velmi jí schází vnitřní jistota. Někdy mám dojem, že v Aleně jsou dvě bytosti – malá holčička ve věku od 2 let, která potřebuje své okolí, zejména otce, aby jí ochránil před silnými úzkostmi před vnitřním i vnějším chaosem a krásná, jemná žena, zajímavá svým již téměř exotickým křehkým ženstvím. Zajímavé je, že podobně pacientku vnímá i její gynekoložka. Alespoň částečné identifikace je hodna druhá otcova partnerka (studium anglistiky a amerikanistiky), otec se s ní ale rozešel, protože „byla příliš emancipovaná“ a nyní žije s partnerkou třetí. Pacientka se postupně více vyrovnává s uvedenými klíčovými vztahy a představa sňatku a potomka se současným partnerem se pro ní stává reálnější. K psychoterapii je velmi nedůvěřivá, teprve po delší době přiznává, že „jí to pomáhá“, cítí se jistější. Zatímco psychoterapeutická sezení probíhají poměrně klidně a pravidelně, na somatickém poli bojuje. Naléhá na kolegyni gynekoložku i kolegu internistu s nejrůznějšími somatickými projevy a vyžaduje nestandardní vyšetření. Pokroky v terapii jsou možné právě proto, že v rámci týmové spolupráce je toto oběma psychosomaticky osvícenými kolegy chápáno a zvládáno. Závěrečnou bitvu svede Alena na poli stomatologickém. Jedním z jejích somatickým projevů jsou jinak nevysvětlitelné bolesti zubů.

Za vinu je dává své zubařce. V krátké době vystřídá několik zubařů – specialistů, do kterých investuje neuvěřitelné částky, které kryje partner, než se dočká kýžené rekonstrukce chrupu, se kterou je konečně spokojena. Psychoterapeutická sezení trávíme vztekem a nadávkami na adresu zmíněných zubařů. Do sezení zařazuji pro kompenzaci relaxační cvičení (proběhla celkem asi 3x), Alena je k nim skeptická, není schopna si lehnout, relaxujeme vsedě. V této době se Alena také konečně odváží nechráněného styku s partnerem a vzápětí otěhotní. V té chvíli terapii ukončuje a po čase posílá oznámení o narození zdravého chlapečka.

Závěr: Klinicky výraznou Aleninu patologii vnímám jako velmi relativní nejen vzhledem k jejímu původu v přece jen poněkud odlišné emoční kultuře. Naštěstí jsou podobně trpěliví i somatičtí kolegové, kteří chápou Aleninu úzkost jakožto dominující pocit celého příběhu. Balancuje mezi zavržením matky a idealizací otce, přičemž oběma rodičům chybí dostatečná pevnost, aby se mohli stát pro Alenu odrazovým můstkem k dalšímu samostatnému vývoji. Se vzory ženství a mateřství má velmi negativní zkušenost, potvrzenou

i traumatickými zkušenostmi z předchozích partnerských vztahů. Během terapie se přece jen odvážila najít jistotu v sobě a v partnerovi, jehož byla schopna postupně akceptovat v jeho sice nedokonalé, nicméně reálné pevnosti.

Příběh čtvrtý – Markéta

Věk v době terapie: 28 let

Délka trvání: 1 rok, sezení ve týdenní až čtrnáctidenní frekvenci, s občasnými pauzami

Použité techniky: individuální psychoterapie, v závěru relaxační techniky, 1x rozhovor s partnerem

Návaznosti: pacientka neakceptovala

Konvenční diagnóza: Středně těžká depresivní porucha, Atypická porucha příjmu potravy[5]

Symptomatika: hrubé depresivní propady s úzkostmi, velké výkyvy váhy ve smyslu úbytku, naznačena porucha tělového schématu, zimomřivost, Míša je až obsedantně perfekcionistická, co se vzhledu, úklidu a přípravy jídla týče, to ale vnímá jako zcela ego –syntonní.

Psychiatrická medikace: Zoloft, Rivotril

Problém: Markéta přichází pro vyčerpávající depresivní výkyvy, spojenými s pocity velké úzkosti, někdy i se sebedestruktivními impulsy. Je pro ně již medikována (viz výše). Kořeny stavu sama vidí v několikaletém vztahu k o patnáct let staršímu, poněkud medvědovitému cizinci, který k ní několikrát měsíčně přilétá, aby u ní našel zázemí a mateřskou péči. Čas spolu také tráví exkluzivními výlety po Evropě. Ekrhard pracuje v zahraničí (nikoli ve své mateřské zemi), ve stejné nadnárodní firmě jako Markéta. Jemu tento styl života naprosto vyhovuje, ona často trpí samotou a pocitem izolace, jeho odjezdy a nepřítomnost prožívá s hlubokým zoufalstvím. Ráda by se usadila a měla dítě. S partnerem se ale neshodnou na možném místě pobytu – ona chce být v Čechách a žít ve společné domácnosti s ním. On zde žít nechce, natož pracovat. Markéta se několik měsíců pokouší otěhotnět, což se jí nedaří, je jí ale jasné, že není v optimálním psychickém stavu.

Historie: Markétin dědeček z matčiny strany byl zaměstnán v předválečných vládních kruzích, moudrý, laskavý, světaznalý pán, zemřel v jejích 6 - ti letech. Život její matky řídila jako v předchozím příběhu mocná babička. Ta ji také v jejích osmnácti letech přiměla k sňatku se stejně starým mužem, protože se „uvolnil byt v domě, kde prarodiče bydleli“. Později toho babička velmi litovala.

[5] Přes veškeré hrubé výkyvy ve váze Markéta nikdy neztratila menstruaci a nikdy nepřikročila ke zvracení.

Pacientka pamatovala, jak babička sedávala na schodech domu, poslouchala často dramatické dění v bytě dcery a hlídala, aby se matce nic nestalo. Otec dle informace Markétiny matky začal pít, „když se Markéta narodila“. Tento výrok se stal pro Markétu zdrojem mnoha pocitů viny. Otce měla ráda a celé dětství trpěla strachem, že odejde. To se také v jejích dvanácti letech stalo. Do té doby se o děti příliš nestaral, resp. jednou za měsíc „projel žákovské“ a obě, zejména Markétina staršího bratra, zmlátil přezkou od pásku. Markéta vzpomíná na zoufalé situace, kdy se snažila bratra chránit, zatímco matka bezmocně přihlížela. Na matku Markéta nedá dopustit. Je pevným bodem, ke kterému se může vždycky obrátit. V partnerských vztazích je matka pravda trochu bezradná a citové projevy od ní Markéta při jejím těžkém životě neočekává. Trochu jí vadí matčin vztah k jídlu, neumí moc vařit a dodnes se živí převážně konzervami. Po otcově odchodu matka navázala další vztah, ten však po několika letech skončil otčímovou hospodářskou kriminalitou a nevěrou. U Markéty to prohrál hned ve dveřích, nějakou rádoby familiérní poznámkou na téma Markétčina fysického zevnějšku. S otcem se Markéta nestýkala a nestýká, udržuje písemný kontakt s jeho babičkou. Má zprávy o jeho alkoholismu a fysickém chátrání a bojí se očité konfrontace. Po celou dobu léčby mluví o touze zorganizovat setkání, nakonec se toho ale neodváží.

Matku si Markéta „užívá“ až po letech, kdy je tato sama, bez partnera. Pamatuje si na první „úžasné“ společné vánoce bez mužů. Matka vlastně vždy preferovala bratra, který však opustil rodinné prostředí, jakmile to bylo možné. a vybral si studia na školách na druhém konci republiky. Markétinými výbornými studijními výkony byla matka překvapena. Velmi Markétu ranila po maturitě výrokem, „že něco takového čekala od bratra, ale ne od ní“. Od svých patnácti let je Markéta „self-made woman“ – prodává po tržnicích, aby matku nezatěžovala finančními nároky. Od osmnácti do čtyřiadvaceti let žije ve velmi intenzivním vztahu s Luborem, se kterým oba neuvěřitelně dřou na adaptaci společného bytu, se kterým se ale později rozchází pro naprostý nejen sexuální nesoulad. Lubor rozchod neustojí a dodnes jí z bytu nevyplatil. Markéta pracuje po vysoké škole ve velkých nadnárodních společnostech, kde si svým perfekcionismem získává významné pozice a nadstandardní příjmy. Obklopuje se relativním luxusem, kupuje drahá auta.

Významný je Markétin vztah k tělesnému schématu a váze. Po nástupu sexuálního života ve čtrnácti letech (musela to v rámci programu samostatnosti vyzkoušet), trpí úpornými bolestmi podbřišku. Neúspěšně léčená pro záhadné záněty močových cest, končí na operačním sále pro apendicitidu, ze které dlouho vzpamatovává. Tehdy zhubla, což se jí zalíbilo, takže jedla jen bílé jogurty, než zjistila, že pro realizaci svých vysokých cílů potřebuje přece jen energii.

V osmnácti letech otěhotněla s Luborem, který jí přiměl k interrupci. Ona s ní emočně vyrovnána nebyla. Nějakou dobu „nenáviděla“ své intimní partie a sex s Luborem, k jeho velké nelibosti už nikdy zcela nefungoval. V jednadvaceti letech zaznamenala opět značný úbytek na váze.

Své časté nechutenství a více či méně výraznou vyzáblost Markéta nevnímá jako patologické.

Průběh: Terapie je provázena velkými emočními a váhovými výkyvy pacientky. Probíhá podobně jako v předchozích případech individuálním zpracováváním životní historie a vyrovnáváním se s klíčovými vztahy. Velkou úlohu má v této terapii pacientčina důvěra v terapeutku, od které očekává účast a to, že bude k disposici daleko více, než úlevu od symptomů. Nepustí do vztahu ani žádnou další osobu. U internisty, za kterým jí odešlu pro velký váhový úbytek spáchá hysterickou scénu, když jí není okamžitě k dispozici.

Během léčby pacientka prožívá úmrtí partnerova otce, vážné onemocnění milované babičky (pečuje o ní a o matku), ukradnou jí auto a onemocní neštovicemi, zažije záchvat panické ataky, pro který si volá RZP.

Dosáhneme několikaměsíčního období klidu, kdy pacientka přibere na váze a partnerovy odjezdy prožívá s klidem. Poté opět následuje depresivní propad spojený s pochybnostmi o partnerovi, který v době nemoci nebyl k dispozici. Je vyčerpaná, uvažuje o rozchodu.

V tomto období zařazuji relaxační cvičení, ve kterých pacientka nachází značnou úlevu. Po druhé relaxaci s použitím prvků KIP mi oznamuje, že je těhotná. Nějakou dobu jí ještě provázím těhotenstvím, které není zcela bez komplikací (objevují se polycystická ovaria, těhotenská neuropatie), které přinesou kratší hospitalizace. Emočně Markéta také zpracovává své zakulacování, obává se kojení („nemůže ukazovat svá ňadra na veřejnosti“). S partnerem zařizují byt, on nachází kompromisní řešení v práci blízko hranic. S postupujícím těhotenstvím je pro ni stále obtížnější docházet, takže se o narození zdravého chlapečka dovídám z e-mailové zprávy. Od té doby jsem o ní neslyšela.

Závěr: Jak již bylo řečeno, ze všech pěti terapií mladých žen, je tato nejvíce nabitá emocemi a nejvíce ukotvena v aktuální situaci terapeutického vztahu. Zároveň probíhá nejméně reflexí a interpretací, přičemž Markéta zpracovává poměrně závažná témata, včetně hrubých fysických traumat s dětství. Nabídka příznaků (velké emoční výkyvy, někdy snížená kontrola impulsů, symptomy z oblasti poruch příjmu potravy a obsedantně kompulsivní poruchy) jistě směřuje k naznačené borderline organizaci osobnosti, jež v podstatně míře vyplývá ze zmiňované traumatizace. Tuto skutečnost považuji za podstatnou z hlediska trápení pacientky, nikoli z hlediska jejího velmi efektivního sociálního fungování, které neopouští ani v období největších propadů.

Příběh pátý – Aneta

Věk v době terapie: 33 let

Délka trvání: 1 rok, sezení ve týdenní až čtrnáctidenní frekvenci, s občasnými pauzami

Použité techniky: individuální psychoterapie

Konvenční diagnóza: Somatoformní bolestivá porucha, Funkční sexuální porucha

Symptomatika: bolesti během styku a po něm spojené se stavy celkové slabosti a následné výtoky, atypické reakce sliznic (líčí bílé či rudé skvrny na sliznici genitálu či dutiny ústní, které se objevují po styku či po polibku), po polibku následující faryngitidy, dále bolesti prsou, ovariální cysta, nemožnost otěhotnět po dobu víc než jednoho roku.

Psychiatrická medikace: V době velkých bolestivých propadů na začátku by mi medikace SSRI připadala úlevná, což konsultuji i s jejím gynekologem. Ona však odmítá.

Návaznosti: v době terapie konsultuji s gynekologem (viz výše), na obecné rovině pak zdravotní situaci obou partnerů z hlediska možného úspěchu asistované reprodukce.

Problém: Aneta přichází s tlustým svazkem lékařských vyšetření a zpráv od běžných gynekologických prohlídek až po sofistikovaná imunologická vyšetření. Žádné z nich ale nevysvětluje výše zmíněné potíže. Aneta by chtěla založit rodinu, ale netroufá si na to, neboť je jí pořád špatně – potřebuje se dát dohromady. Rovněž naděje otěhotnět s partnerem přirozenou cestou je mizivá, na jeho straně je problém se spermiogramem. Možným řešením by byl náročný urologický zákrok za účelem získání zdravých spermií a asistovaná reprodukce. Aneta zvažuje i jiné možnosti oplodnění, již z prvního hovoru vyplývá ambivalentní postoj vůči partnerovi.

Historie: Aneta pochází z rodiny s mocnou babičkou. Děda, její manžel, lékař, od ní odešel, pacientka se domnívá, že to bylo kvůli jejímu puritánskému vztahu k sexu. Rozchod se udál v raném dětství pacientky. Babička pak převzala záštitu nad rodinou své dcery a byla pacientce i její mladší sestře stále k dispozici. Rodičům, kteří oba studovali, vedla domácnost. Dětství považuje Aneta za harmonické, vztahy k rodičům za důvěrné, i když otec často nebyl doma. Studoval při zaměstnání, dělal ředitele velkého podniku a byl stále někde na schůzích. Ránou pro rodinu byla jeho náhlá smrt v pacientčiných 15 letech, tedy v období, kdy se vůči němu začala vyhraňovat. Aneta se přímo zúčastnila jeho neúspěšné resuscitace. Nepamatuje si, že by otcovu smrt nějak zvlášť prožívala. „Zametla jí pod koberec“. Matce se stala partnerem, postupně převzala dozor nad praktickými věcmi, jako jsou stavební úpravy, či nákup důležitých věcí. V posledních letech jí matčiny nároky v tomto směru zatěžují, vyžaduje její pomoc i tehdy, když by si mohla pomoci sama, či společně se svým partnerem. Čtyři ženy uzavřely nerozlučný, vzájemně si pomáhající svazek. Byly a jsou spolu v denním kontaktu alespoň telefonicky. Když babička před několika lety zemřela, byla to pro Anetu velká ztráta. Aneta byla velmi dobrou studentkou, část vysoké školy strávila v zahraničí, kde však spokojená nebyla. Je spíše domácí typ a chyběl jí denní kontakt s rodinným zázemím. Přežívala díky vztahu k jednomu ze zahraničních učitelů.

Mluví o třech důležitých vztazích. Prvním byl mladý gynekolog, schválený babičkou (ta chtěla být lékařkou, ale pradědeček jí ve studiu násilně zabránil), trpěla s ním podobnými příznaky, jako se současným partnerem. Opustila ho pro zmíněného zahraničního učitele, jiskrného muže jižní národnosti i nátury, který se stal pro její život značným osvěžením. S ním žádné potíže v intimním kontaktu neměla. Po roce vztahu ovšem jaksi mimochodem zjistila, že je ženatý. To už si ale líčila na svého šéfa, kterého tak trochu ze sportu vyfoukla kolegyni. (Aneta zachází se sexem celkem bez studu, poněkud instrumentálně. Např. své symptomy „testovala“ i na jiných mužích, aby zjistila, zda se týkají pouze současného partnera). Jsou spolu 5 let a vedou poměrně stereotypní život dvou enormně zaměstnaných lidí. Žijí ve společném bytě, kde ještě po sedmi letech nestačili všechno pořádně vybalit a pověsit obrazy. František je pro Anetu symbolem jistoty a zajištěného rodinného zázemí. Hodně jí pomáhá i profesně – pomohl jí osamostatnit se a založit vlastní firmu, stále je jí rádcem při řešení jednotlivých případů. Na druhou stranu je upjatý, nepříliš sportovní, málo kreativní a neschopný improvizace. Ač v práci tvrdý a nesmlouvavý, doma tráví dlouhé hodiny neefektivním řešením své nadváhy a plochých nohou. Aneta se s ním často nudí. V řešení běžných věcí je nepraktický a Aneta ví, že by běžné rodinné záležitosti i rodinný program jednoznačně zůstaly na ní.

Aneta má zvláštní zálibu – vždy koupí nějaký hezký byt, zrekonstruuje ho podle svých představ, nějakou dobu se zabývá myšlenkou, že se do něj nastěhuje bez partnera, - a pak ho prodá.

Nyní je úspěšnou majitelkou firmy, zabývající se finančním poradenstvím. Pracuje pro prestižní klientelu a má nadstandardní příjmy. Většinu času tráví v zaměstnání, kde, jak připouští, se chová výrazně tvrdě a mužsky.

Průběh: Aneta je od počátku k terapii poněkud nedůvěřivá, neví, jak by jí psychoterapie mohla pomoci, zvláště mluvím-li o osobním vývoji a nikoli odstraňování příznaků. Setrvává jednak z přirozené odvahy experimentovat, jednak proto, že „už všechno ostatní vyzkoušela“. Chová se chladně a testuje mou intelektuální kapacitu. Také mi dává pocítit svou ekonomickou převahu. Zásobuje mne zážitky z kineziologie, léčitelských sezení a komerčních psychologických kursů na téma ženství, které paralelně navštěvuje. (Často přinášejí vhodný materiál pro terapeutická sezení). Během prvních sezení, která probíhají podobně jako u Věry stylem „jednou partner ano, podruhé partner ne“, upouští od stěhování do dalšího bytu (váhá několik měsíců) a přestává pro partnera vytvářet horečný „program změny“, což on kvituje pozitivně. Pro Anetu je to první známka skutečnosti, že se v terapii něco děje a stává se i ve vztahu ke mně méně útočnou. Nahlédne vztah mezi symptomy a ambivalentním vztahem k partnerovi. Postupně zpracováváme vztah k otci – Aneta sama nahlédne svou idealizaci, vybaví si reálné vzpomínky z dětství („on s námi vlastně netrávil téměř žádný čas“). Bere na milost matku, kterou přes velmi úzký vztah trochu pohrdá pro její nepraktičnost a až servilní vztah k jejímu (matčinu) současnému partnerovi. Rodinný trojlístek se postupně rozvolňuje, což všechny tři ženy prožívají se smutkem. Ona se více přiklání

k partnerovi, pokouší se čas trávit také „jeho způsobem“ a hledá pro sebe adekvátní vyžití v době, kdy on potřebuje klid. Symptomy se pozvolna zmírňují. Uspořádají velkou romantickou svatbu a postupně se připravují na asistovanou reprodukci včetně náročného urologického zákroku, který čeká partnera. V tomto období terapie končí.

Po roce dostávám sms zprávu o narození zdravé dcery.

Závěr: Aneta prochází podobným procesem, jako všechny ostatní pacientky. Její velkou výhodou je kreativita, odvaha, schopnost experimentovat a intelektuální výbava. Je schopna vědomé reflexe celého procesu. Paralelně se s postupným přijetím terapie (a terapeutky) dostává z obranného nastavení do emočního kontaktu se sebou samotnou, uvolňuje se a částečně opouští instrumentální a praktické zacházení se světem, otvírá nejistotě přirozené a otevřené komunikace, která je její osobě přirozeně dána.

Literatura:

Němečková P., Poruchy příjmu potravy, Psychiatrie pro praxi 2002/3

Krch F.D. a kolektiv, Poruchy přijmu potravy,Grada 2005, Vydání 2.

Papežová H., Anorexia nervosa, Příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele a partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie), Psychiatrické centrum Praha 2000

Trapková L., Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál 2004

Danzer, G. Psychosomatika, Celostní pohled na zdraví těla i duše, Portál, Edice Spektrum , 2001

Poněšický, J., Fenomén ženství a mužství, psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy, Triton 2003

Chvála V. , Psychosomatická gynekologie a sexuologie, I- III, Psychosom 2006/č.1,2,3

Pichlerová M., Objektní vztahy, symbolizace, psychosomatika in Vývoj v imaginaci- imaginativní vývoj, MAJ 2008

Baštecký J., Šavlík J., Šimek J., Psychosomatická medicína, Galén 1993

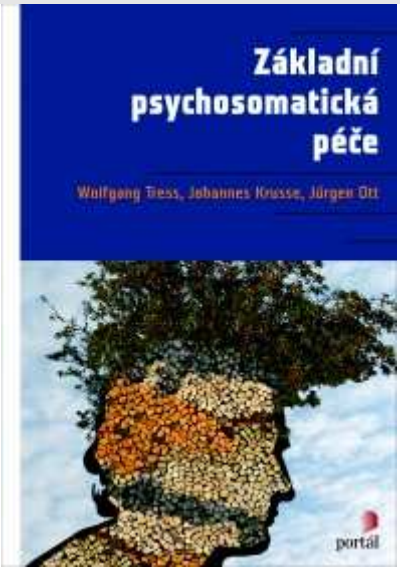
Za spolupráci děkuji MUDr. Kateřině Jarolímkové (gynekologie) a MUDr. Martinu Weissovi (interna)

MUDr. Michaela Petišková

6/2008

TEORIE

MATTHIAS FRANZ A JOHANES KRUSE: ČASTÉ ORTOPEDICKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCI



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

12

Časté ortopedické klinické obrazy nemoci

Matthias Franz a Johanes Kruse

Existují-li psychosociální zatížení či konflikty, musíme u ortopedických obtíží brát v úvahu také psychosomatické aspekty. Poté co byly vyjasněny ortopedické somatogenní příčiny nemoci, je nutné v plánu terapie zohlednit psychosociální příčiny obtíží. Tělesné a netělesné diagnózy nejsou exkluzivními alternativami. Psychosomatická komorbidita proto musí být u tělesných symptomů rozpoznána co možná nejdříve, aby se zabránilo procesům vedoucím ke chronifikaci či špatnému vztahu mezi lékařem a pacientem s častou změnou lékaře, špatnou kompliancí a destruktivním chováním v nemoci. Na druhé straně by však nemělo docházet k ukvapenému zařazování somatických obtíží mezi obtíže psychogenní. Prvními odkazy na psychogenně popř. psychosomaticky spolu-podmíněnou symptomatiku jsou:

- proměnlivé nálezy vyšetření; psychovegetativní doprovodné symptomy (poruchy spánku, nadměrné pocení, dermografismus)
- diference mezi objektivními nálezy a subjektivními údaji; scénická ztvárnění, sugestibilita
- dlouhodobé trvání nemoci s mnohaměsíční pracovní neschopností a rezistencí vůči terapii
- úzkosti, sklíčenost, nedostatek popudů, poruchy spánku, vnitřní neklid
- zatěžující aktuální životní situace (např. partnerství, sexualita, zaměstnání, zabezpečení)

- zatěžující vývoj v dětství (zneužívání, násilí, emociální odmítání, odloučení)
- bezbolestná období nezávislá na průběhu terapie
- další somatoformní poruchy (žaludek a střeva, srdeční obtíže)
- vysoký počet dřívějších (neúspěšných) vyšetření, častá změna lékaře
- chybějící patologicko-strukturální změny

Zvláštní **bolesti** jsou hlavním příznakem psychosomatické komorbidity kosterního a pohybového aparátu, často doprovázené depresivními obtížemi, motorickou slabostí, rušivými smyslovými vjemy (šelest v uších), vegetativní symptomatikou (poruchy spánku, závratě) nebo sociálními konflikty v okolí pacienta. Přetrvávají-li obtíže déle než šest měsíců (přes intenzivní ortopedickou léčbu) nebo má-li symptomatika recidivující charakter, pak existuje při současně chybějících vysvětlujících somatických nálezech podezření na psychogenní proces bolesti. Etiologicky významné jsou z hlediska teorie učení: odlišné vnímání bolesti (např. učením na modelu, rodinné vzory, zesílení bolesti kvůli altruistickému životnímu partnerovi) a změněná kontrola bolesti (nepřiměřená vědomá přesvědčení o příčině a kontrole nemoci na straně pacienta, „katastrofické scénáře“, iatrogenní somatizace, chronické užívání analgetik).

Z psychodynamického hlediska se bolest jeví jako obranný mechanismus v těžkých krizových situacích (poslední možnost úniku ke stabilizaci pocitu vlastní hodnoty), jako ekvivalent dětského vztahového traumatu (zneužívání a těžké znehodnocování během ranného dětství), jako afektivní ekvivalent (tendence k potrestání sebe sama při pocitech viny, depresivitě či zlobě) nebo jako (apelativní) vztahová náhrada (často po ztrátě důležité vztahové blízké osoby, spojená s depresivitou). Psychogenní bolestivá porucha je nejčastější a nejdůležitější ortopedicko-psychosomatická diagnóza: bolesti v jedné či více (často anatomicky-funkčně nepřiřaditelných) oblastech stojí v popředí obtíží a chování pacienta hledajícího pomoc. Bolesti jsou udržovány převážně psychosociálními faktory.

U somatoformních poruch představují bolesti bez dostatečného somatogenního vysvětlení pouze část klinického obrazu obtíží určených dětskými vývojovými traumaty, emocionálními konflikty a psychosociálními zatíženími. Další symptomy se mohou vztahovat na libovolnou část těla či libovolnou tělesnou funkci (gastrointestinální nebo sexuální poruchy). Symptomatika začíná zpravidla před dovršením 30. roku života, přetrvává kontinuálně minimálně šest měsíců a vyžaduje pozornost a vede k sebe-poškozujícímu (často iatrogenně podpořenému) chování pacienta hledajícího pomoc. Nikoli periferně dotykové podněty, nýbrž centrální zpracovávání bolesti a duševní konflikty určují její charakter bolesti. Přitom dochází k senzibilaci periferních a centrálních struktur neuroplastickými změnami a k narušení hormonálních regulačních oběhů (snížený práh bolesti). Současná ztráta

tělesných funkcí, bezmocnost vůči obtížím, depresivita a sociální izolovanost charakterizují průběh. Dosáhla-li chronifikace této úrovně je somatoformní bolestivá porucha – ve srovnání s akutními bolestivými stavy – samostatným klinickým obrazem nemoci s bio-psycho-sociální patogenezí.

Konverzní poruchy se týkají jako pseudoneurologických, organicky dostatečně nevysvětlitelných obtíží motorických a/nebo senzibilních popř. senzorických tělesných funkcí. Jsou výsledkem komplexních intrapsychických regulačních procesů. Slouží uvolnění psychosociálních a nevědomých duševních konfliktů a mají ve většině případů také symbolickou informační funkci vyjádřenou v řeči těla. Mezi konverzními symptomy se nacházejí veškeré stupně obtížnosti tělesných funkčních poruch, a to od pouze diskrétního omezení až po nejtěžší tělesná postižení. Z *psychodynamického* hlediska chápeme konverzní symptomy jako kompromisy mezi pudovými a obrannými silami. Jejich příčinou bývají často:

- dětské vývojové konflikty, konfliktní poruchy psychosexuálního vývoje
- reaktualizace nepřijatelného, ale na vyjádření naléhajícího konfliktního pudového přání v dospělosti v individuálně významné klíčové situaci asociované při konfliktu (např. sexuálního druhu)
- bránění v realizaci pudového přání na základě pocitů studu či viny nebo úzkostí
- vytěsnění pudového přání z aktuálního všedního vědomí
- psychosomatická volba symptomu, zprostředkovaná nevědomými představami (např. magicko-dětskými subjektivními fantaziemi o charakteru a funkcích těla), konstitučními danostmi (např. tělesnými handicapy) nebo kulturně tradovanými výrazovými formami (např. rituály spojenými s odchodem do důchodu)
- disociace mezi odmítnutým pudovým přáním a narušenou tělesnou funkcí ve smyslu částečné ztráty suverenity nad postiženou tělesnou funkcí; symptom je přes výraznou symbolickou expresivitu pro pacienta samotného záhadný („la belle indifférence“ pacienta při těžkém tělesném postižení způsobeném např. psychogenním příčným ochrnutím)

Na základě psychogenních bolestí, somatoformních a konverzních poruch nesmí dojít k indikaci operativních intervencí. Pro léčbu psychosomatických klinických obrazů nemoci je podstatný integrovaný koncept terapie sestávající z farmako-, fyzio-, ergo-, sociálně a především psychoterapeutických léčebných nabídek.

12.1 Bolesti zad

➔ **Klinické obrazy nemoci:**

Chronické bolesti zad (M54.9) dnes představují „*psychosomatózu současnosti*“. Zatímco poklesl výskyt dříve velmi častých žaludečních obtíží nebo tak zvaných hysterických tělesných poruch, možná také v závislosti na sociálních procesech hodnocení, dostává se bolestem zad přece jenom ještě určitá somatická „pozornost“, aniž by byly ihned označeny jako „pouze“ psychosomatický fenomén. Tato okolnost se odráží také například v tom, že chronické bolesti zad představují jeden z nejdůležitějších důvodů pro odchod do předčasného důchodu.

Chronicky recidivující popř. chronické nemoci musí být vymezeny nejenom v časové dimenzi, nýbrž také etiologicky od akutních bolestí zad (trvajících zpravidla po dobu až čtyř týdnů). Akutní bolesti se často vyskytují po určité mechanické události vzniklé přetížením nebo chybným zatížením páteřních kloubů, zadního podélného vazu a reflexního napětí segmentové muskulatury (např. blokáda faset určitého segmentu páteře závislá na zatížení s konsekutivní svalovou myogelózou, pseudoradikulárními bolestmi a nepřirozeným držením těla). Chronické bolesti nejsou závislé na jasně vymezených událostech chybného zatížení. Jsou spíše charakterizovány trvalým nepoměrem mezi muskulární výkonností a zatížitelností popř. schopností uvolnit se.

Lumbago (M54.5): náhle vystřelující, lokálně na jeden segment páteře omezená bolestivá blokáda meziobratlových faset bederní části páteře; v těžkých případech bolestivě reflexní (hypoxie, svalová myogelóza) dysfunkční chybná inervace s funkčními omezeními (pseudoradikulární napětí funkčně přiřazených svalových skupin) a fixovaným nepřirozeným držením těla.

Lumbální dráždivý kořenový syndrom (M51.1): u degenerativního poškození anulus fibrosus a chronicky zvýšeného napětí zádového svalstva (možný podíl psychogenního zapříčinění) může dojít (laterálně nebo mediálně) k protruzi či vyhřeznutí (s nebo bez sekvestrace) postižené ploténky ve směru míšního kanálku. Následky jsou pak často akutní kompresní syndrom jednoho či více kořenů míšních nervů (zpravidla ve výšce segmentu L4/5 nebo L5/S1) a odpovídající radikulární sensibilní a motorické poruchy.

Chronická dorzopatie (M54.9, F45.4): jak lumbalgie, tak ischialgie se mohou vyskytovat v chronické či chronicky recidivující podobě. Vliv psychických faktorů na průběh nemoci je ověřený. Čistě biomechanické chápání nemoci orientované na degenerativní procesy v oblasti bederní části páteře není pro multifaktoriální procesy chronických lumbálních bolestivých syndromů dostačující a je dnes překonáno. Chronické bolesti zad a jejich průběh je možné lépe vysvětlit psychosociálními vlivy než čistě biomechanickými

příčinami nebo morfologickými nálezy. Velkou část lumbálních bolestivých syndromů („low back pains“) není vůbec možné přiřadit žádné jisté somatogenní etiologii. Degenerativní změny (spondylóza, spondylartróza, chondróza) dostatečně nevysvětlují tyto vertebrální syndromy. Přístrojové nálezy vyšetření (rentgen, počítačová tomografie) ukazují sice vysokou senzitivitu, jsou však málo specifické.

➔ **Četnost:** v epidemiologických výzkumech byla zjištěna bodová prevalence pro bolesti zad mezi 15 a 33 %, přičemž přibližně 10 % přechází do chronického typu průběhu s vysokou poptávkou po lékařských nabídkách pomoci a péče. Této skutečnosti mohou zabránit také operativní intervence pouze v malém počtu případů. Chronické syndromy bolestí zad jsou u žen nejčastějším, u mužů druhým nejčastějším důvodem pro odchod do předčasného důchodu, přičemž největší část těchto obtíží nemůže být přiřazena žádné jisté organické etiologii.

➔ **Primární osobnost a psychodynamika:** z hlediska psychogenní komponenty existuje velká heterogenita poruch, jež mohou představovat příčinu. Určitá specifická konfliktní etiologie není prokazatelná. Na udržování chronických bolestí zad se podílejí faktory *vztahující se k chování* (např. úzkostné vyhýbání se tělesné aktivitě, aktivistická vytrvalostní mentalita s přepínáním), *afektivní* faktory (přibližně jedna čtvrtina všech pacientů s chronickými bolestmi splňuje kritéria „deprese major“) a *psychodynamické* faktory. K posledně jmenovaným patří:

- obrana vůči dětským **pocitům bezmocnosti** (vyplývajícím z raného emocionálního odmítání, zneužívání, „broken home“), např. prostřednictvím kompenzace projevující se vysokým nárokem na výkonnost a potřebu uplatnění či sebepoškozujícím chováním (identifikace s agresorem, uvolnění nevědomých pocitů viny a z nich rezultujících přání ohledně potrestání sebe sama): *introjekce* destruktivních dětských vztahových zkušeností způsobuje destruktivní zacházení se sebou samým a s druhými. Tím dochází k podněcování opakovaných iatrogenních a terapeutických nabídek intervence.
- **emocionální ambivalentní konflikty** jsou nejčastějším pozadím chronických bolestí zad. Averzivní pocity úzkosti, zloby či hněvu, které směřují k určité důležité vztahové osobě, jsou potlačovány na základě daných norem, i přesto, že by jejich otevřená artikulace byla vhodná. Někdy nejsou tyto averzivní pocity pouze potlačovány, nýbrž jsou převráceny do svého opaku („strhat sebe místo někoho druhého“). Často je tomu tak u přetrvávajících reakcí na smutek a ztrátu (např. u nepřiznaného rozporuplného vztahu k zemřelému partnerovi), které jsou pravidelně doprovázeny depresivitou a úzkostmi. Konflikt tohoto druhu se může proměnit v chronicky hypertonizovanou svalovou inervaci nebo se může projevovat v charakterově zpevněných „postojích“

(perfekcionismus, nadměrná a přitom konformistická ctižádost). U lékaře způsobují tyto přenosové konstelace (tajné připisování viny za neúspěch terapie nekompetentnímu lékaři, protože pacient přece perfektně splnil veškeré terapeutické úkoly) rovněž často potlačenou zlobu; *zavedené* normy způsobují – na základě odpovídajícího chování – potlačování autentických pocitů.

- získávání péče a podpory u odpovídajících **modelů bolesti** („vzory"), např. v rodině; bolest působí jako patologický apel: *identifikace* s chováním důležité vztahové osoby.

Jako **konverzní symptom** mohou bolesti zad poukazovat na sexuální konflikt mezi pudovými a obrannými silami. Obavy popř. pocity viny na základě sexuálních přání se mohou vyjadřovat v chronicky hypertonickém svalovém napětí dlouhého zádového napínače a následných bolestech zad („défense musculaire"). Pacient se vyhýbá sexuálnímu impulsu, který mu nahání obavy, např. v rámci partnerského konfliktu (primární zisk z nemoci) a uspokojuje místo něho regresivní přání jevící se méně nebezpečně, např. péče a „klid" na lůžku (sekundární zisk z nemoci). Odmítané nevědomé sexuální přání se může ve vztahu lékaře a pacienta projevovat např. latentními svůdnými tendencemi („Cítíte to také…").

Sebepoškozující prožívání nevědomých přání ohledně primární péče a pasivní závislosti používané k obraně před **depresí** (viz. schéma 12-1) je rovněž častým psychosomatickým pozadím chronických bolestí zad. Tito pacienti vykazují sklon k pseudoaltruistickému sebeobětování („syndrom pomahače", často spojený s latentním očekáváním, že budou sami opečovávaní: „jak já tobě, tak ty mě", nebo s tendencí udržovat blízkou osobu poskytovanou „pomocí" pod kontrolou či v bezprostřední blízkosti) a k extrémním výkonnostním postojům, spojeným s rigidní vytrvalostní vůlí. Současně nemůže být potřeba tělesného odpočinku a regenerace přiměřeně vnímána („vydržet, nevzdat se"), protože tito pacienti prožívají uvolnění nikoli jako vědomě plánovatelnou, regenerativní pasivitu, nýbrž jako nekontrolovatelnou, ohrožující závislost. Na jedné straně existuje veliká touha po pasivní závislosti, která byla těmito pacienty zpravidla zvnitřněna jako traumatická („už nikoho nepotřebuji, jsem přece tak výkonný"; vydávají sami sebe za silné a bez jakýchkoli potřeb, aby neupadli do bezmoci a slabosti), na straně druhé však obavy z ní. V symptomu chronických obtíží se zády („návrat vytěsněného") pak ale nakonec přesto dochází k neuroticky-regresivní, organicky legitimované aktualizaci těchto přání po závislosti, spojené s podstatným sekundárním ziskem z nemoci (předčasný odchod do důchodu, četné léčebné kúry). Také v tomto stádiu nemoci je přes značné obtíže často ještě udržována obrana proti depresím, což se může stát zřetelným v latentně instruktivním zacházením s nabídkami terapie (např. přes projevované velké bolesti brzké přehnané sportovní aktivity: „Podívejte se, už to zase skoro jde…"

Schéma 12-1 Cyklicky-maladaptivní vztahový kruh u depresivních pacientů s chronickými bolestmi zad

Blokovaná přání a obavy pacienta:

Přání: ohledně primární péče a pomoci, i přesto že je expanzivní a autentický.

Obavy: přihlásí-li se se svými nároky, osamostatní-li se nebo projeví-li zlost, bude opuštěn.

Interakční chování pacienta:

Skromné podřizování se, pseudoaltruistický syndrom pomáhače, stížnosti na selhání terapie při demonstrativním dodržování pokynů, nevědomě je zamýšleno subtilní týrání lékaře.

Re-akce lékaře:

Neprofesionální, nerozpozná-li deprese; opakovaná zloba, odmítání a zklamávání potřeb pacienta, které nebyly uspokojeny jeho vztahovou osobou v dětství; zlostné stažení se kvůli „svévolnosti“ pacienta; pocity viny kvůli selhání terapie; kontinuální podávání prostředků proti bolesti a hypnotik.

Vztahování se pacienta k sobě samému a zacházení pacienta se sebou samým:

Ještě přísnějším zacházením se sebou samým je nevědomě vnitřně napadána dětská vztahová osoba, jež byla prožívána jako nedostatečná, z tohoto důvodu pocity viny, obviňování sebe sama, sebepoškozování, trestání sebe sama (nesmí se stát bezbolestným).

Shrnutí: neurotické konflikty (hodnota sebe sama, sexualita, péče, vztahové konflikty, agresivní afekty a impulsy), traumatizace z ranného dětství, aktuální vztahové problémy, depresivita a obavy podporují chronifikaci bolestí páteře, a to jak trvalým narušením svalové výkonnosti, tak i změnou neuroendokrinologických regulačních obvodů a prahu bolesti.

➔ **Diagnóza:** léčbě musí v každém případě předcházet dostatečné somatické vyjasnění radikulárních a pseudoradikulárních bolestí páteře (neurologické konzilium, rentgen, elektromyografie, při výrazných neurologických poruchách také počítačová tomografie, magnetická rezonanční tomografie, myelografie). Z podrobné analýzy bolestí, při níž jsou zohledněna také biografická, interakční a scénická sdělení, často vyplynou důležité odkazy na psychogenní pozadí obtíží. Při analýze bolestí mohou být užitečné body uvedené v tabulce 12-1.

Při nedostatečném zohlednění vztahové poruchy pacienta podílející se na příčině nemoci v rámci vztahu mezi lékařem a pacientem existuje nebezpečí čistě somatické, neterapeutické léčby symptomu, doprovázené

nadužíváním tišících popř. uklidňujících prostředků, podněcováním stále invazivnější diagnostiky a terapie a chronifikace až k odchodu do předčasného důchodu.

Tabulka 12-1

Odkazy na psychogenní komponenty bolesti (dle Adlera 1990)

	Psychogenní	**Somatogenní**
	Údaje pacienta	
Popis symptomů	drastický, dramatický	jednoduchý, jasný
Afektivní nastavení	neadekvátní	odpovídá bolesti
Lokalizace bolesti	proměnlivá, difúzní	spíše lokalizovaná, anatomicky korektní
Trvání bolesti	chronicky stejné	jednoznačné periody
Faktory napomáhající zlepšení, zhoršení	zřídka	zpravidla prokazatelné
Chápání nemoci	somatické	psychické
Účinek tišících prostředků	malý nebo žádný	prokazatelný
Účinek invazivních opatření	zpravidla zhoršení	spíše zlepšení
	Afektivní primární reakce lékaře	
	znuděnost	klidná pozornost
	netrpělivost	schopnost empatie
	zloba, hněv	Ustaranost
	bezmocnost	

➔ **Zvláštnosti ve vztahu lékaře a pacienta:** na základě *nebezpečí vytěsňovaných konfliktů* se vztah, zvláště pak k emocionálně ambivalentně nastaveným či latentně depresivním pacientům, často vyznačuje *podstatnou dynamikou* a terapie se z tohoto důvodu utváří pouze obtížně. Na základě svého tělesného prožívání symptomů, udržování své obrany proti depresi a vysokého sekundárního zisku z nemoci se pacienti často intenzivně domáhají diagnostiky a terapie zaměřené výhradě na orgány. Terapeutická bezmoc a snížení potenciálu, které lékař ve svém zpravidla negativním proti-přenosu – v nejméně šťastných případech nevědomě – prožívá, vedou často k eskalaci v rostoucí míře invazivních terapeutických opatření, k terapeutickému

aktivismu, ale také k rezignaci, která může být podložena subtilní reaktivní agresivitou. Ta se může projevovat např. v odsouvajícím trvalém předepisování tišících a uklidňujících prostředků s návykovým potenciálem. Takováto konstelace je často stabilní po celé roky, protože lékař a pacient se shodli na společném popírání konfliktu. Lékař se může „chránit" před obviněními/stížnostmi pacienta a pacient může prožívat svá nevědomá přání ohledně péče farmakologicky.

V jiných případech se muskulární obrana vlastních pocitů bezmoci a depresivity projevuje v kontinuálních, dramatických projevech ohledně dalších terapeutických intervencí. Zmíněná tendence zprostředkovávat tímto způsobem vlastní bezmoc také lékaři („Kdy to pochopí?", „Jak často mu musím ještě ukazovat, že to tak nejde?") vede pak s velkou pravidelností k latentním obstruktivním způsobům chování pacienta. Terapie se pak může stát bojištěm mezi přáním po změně a obavou ze závislosti, která je nutná pro léčbu, ale je zároveň prožívána jako ohrožující („obava z pomoci"). Přitom mohou být indukovány zásadní dětské, aversivní vztahové zkušenosti pacienta, spojené s mimořádně prudkými afekty (také u terapeuta). V situacích tohoto druhu je zvlášť důležité předejít agresivním protireakcím lékaře na základě vlastní rostoucí bezmocnosti. Předpokladem pro to je paradoxně sebereflektující otevřenost lékaře, který je schopen si vůbec připustit takovéto negativní pocity – aniž by je však sděloval. K opětovnému upevnění pracovního svazku a kompliance pacienta zde může být užitečná možnost supervize (např. v rámci Balintovské skupiny). Již ve své psychodynamice reflektovaný vztah mezi lékařem a pacientem má sám o sobě pro pacienta terapeutickou hodnotu.

➔ **Základní psychosomatická péče:** dřívější psychologizace je spíše kontraproduktivní. Subjektivní prožívání symptomů v souvislosti s tělesnými zatíženími a iritacemi je ve většině případů pro pacienta (stejně jako často pro lékaře) tak evidentní, že jednoduchá konfrontace pacienta s možnou psychogenezí zůstává zpravidla zcela bez účinku. Mnoho pacientů má navíc pocit, že nejsou bráni dostatečně vážně, reagují znejistěním nebo zhoršením symptomů. Z latentní deprese, která mohla být kompenzujícím způsobem právě ještě odrážena bolestivým syndromem, se může vyvinout zhoršení ve směru sebevražedného chování. Paramedicínské pokusy o léčbu, kterých mnoho pacientů využívá, by měl lékař – v případě, že jsou neškodné – rovněž akceptovat (pokus o zajištění autonomie). Lékař by se na straně druhé neměl zavazovat k nerealisticky vysokým cílům terapie, které by převyšovaly jeho možnosti.

Léčba chronických bolestí páteře musí být v souladu s multidimensionalitou vzniku a zpracovávání bolestí navržena *multimodálně*. Důležité je plánování terapie *ve fázích*, které jsou pro pacienta *transparentně* rozvrženy a vedle medikamentózních a tělesných prvků (fyzioterapie, ergoterapie, fyzikální terapie) integrují také psychoterapeutické elementy

(podpůrné terapie, terapie sloužící k uvolnění, nonverbální metody, fokální psychoterapie a jiné specifické metody).

Rozvržení terapie ve fázích se proměňuje od individuální terapie po terapii skupinovou, od medikamentózně-regresivní péče k rostoucí autonomii pacienta. Zatímco v tělesné oblasti se usiluje o zvýšení funkčnosti, patří k psychosomatickým cílům terapie nejprve zlepšené zacházení s hlavním symptomem bolesti, zvýšené prožívání kompetencí a případně osvojené vnímání vzájemného působení mezi afekty a bolestí. V rámci dlouhodobých psychoterapeutických léčebných možností může být na straně pacienta následně dosaženo emocionálně prohloubeného vhledu do kořenů a významů jeho strádání v rámci jeho životního příběhu („smutek místo bolesti“) a na základě toho otevření nových možností v prožívání a chování.

Prvním krokem je vybudování vztahu důvěry, v němž může být v odměřované míře poskytován prostor pro regresivní potřeby těchto pacientů. Lékař nejprve akceptuje popíranou potřebu pacienta ohledně uvolnění a péče (žádný klid na lůžku, ale uvolňující psychoterapie, masáže, lokální fyzikální terapie, teplo, chlad, prostředky na uvolnění svalového napětí, amitryptilin, případně nesteroidní antirevmatika, avšak žádné opioidy). V tomto okamžiku by měl lékař již mít určitou představu o vývojových podmínkách pacienta v raném dětství. To usnadňuje vciťování se, a to především tehdy, jedná-li se o komplikované pacienty. Zdánlivě chápající výklady či intervence odhalující konflikty slouží v tomto okamžiku více k udržování přestav o všemocnosti lékaře než pacientovi.

Ve **druhém kroku** by měl být – do jisté míry „náhodně“ – vypracován fokální, interakční přístup ke spouštěčům symptomu, aby byl pacientovi umožněn vhled do jeho sebepoškozující připravenosti k boji. Zvláště *dvě otázky* zde často umožňují pochopení:

- v jaké biografické situaci se obtíže poprvé objevily (odkazy na konflikty v rodinném či pracovním prostředí),
- s jakými osobami dochází na základě obtíží k napětí nebo těžkostem (zde se často objevují odkazy na „konfliktní partnery“, kteří vlastně symptom spouštějí, neboť obtíže jsou často latentním způsobem adresovány jim).

Tyto otázky by měly být kladeny opakovaně, přičemž odpovědi pacienta by měly být nejprve přijímány klidně a neměly by být zpracovávány pod vysokým konfrontačním tlakem podle motta („a tady to přeci máme…“). Velmi užitečné zde může být vedení deníku zaznamenávajícího průběh bolestí a diskuse o záznamech se zaměřením na afekty. V této fázi léčby by měly být uvolňující terapeutické metody (autogenní trénink, funkční uvolňování, progresivní svalová relaxace, biofeedback) rozšiřovány o narůstající mobilizaci (individuální psychoterapie, manuální terapie, v rostoucí míře povzbuzující fyzikální terapie) a spojeny s fokálním vedením rozhovoru zaměřeným na

konflikt (sociální souvislost a situační závislost bolestí, rozhovory o změně tak zvaných životních návyků).

Podaří-li se nakonec rozhovor o emocionálně významných obsazích, je možné ve **třetím kroku** navázat prohloubeným zpracováváním konfliktů, které se na obtížích podílejí, či motivací k další psychoterapii. Další aktivace pacienta, jeho přeladění a senzibilizace v oblasti tělesného vnímaní sebe samotného slouží k uvolněnější aktivitě i lepším možnostem, že si pacient připustí dříve odmítané impulsy (sportovní terapie pod dohledem, pracovní aktivity pod dohledem, psychoterapeutická cvičení tělesného vnímání, pohybová terapie zaměřená na koncentraci a další). V těžkých případech by měla být pacientovi nabídnuta možnost stacionární psychoterapeutické léčby.

Indikace operace je odůvodněná pouze v případě kaudální symptomatiky popř. těžkých paréz. V případě pochybností by se u chronických obtíží se zády mělo vždy rozhodovat proti operativní intervenci, jelikož 80 % postižených pacientů profituje také z integrovaných konzervativně-psychoterapeutických nabídek léčby a pravděpodobnost vývoje „postnukleotomického syndromu“ je vysoká.

12.2 Primární chronická artritida (revmatoidní artritida)

➔ **Klinické obrazy nemoci:** chronicky zánětlivé systémové onemocnění (např. M05.8, M05.9, M08.2) se záněty kloubní výstelky, s častým napadením šlachových pochev, mazových váčků, serózy očí a vnitřních orgánů. Plíživý začátek, ranní ztuhlost a bolestivost. Otoky a zvýšená citlivost na tlakovou bolest především na kloubech prstů u ruky, rukách, kolenou a kloubech u chodidla, inaktivní atrofie muskulatury.

➔ **Etiologie:** neznámá; diskutuje se o genetických, imunologických a psychosomatických aspektech.

➔ **Vyvolávající situace:** souvislost mezi akutními život proměňujícími událostmi a vypuknutím nemoci není jistá, klinicky ji však je možné pozorovat:

- úmrtí a ztráta důležitých blízkých osob
- problémy s autoritou či manželské problémy, které mobilizují doposud nepřipouštěnou agresivitu a prolamují obranu proti agresi
- zážitky ztráty s následující patologickou reakcí smutkem (zahořknutí a myšlenkové ulpívání na ztracené osobě)

➔ **Primární osobnost a psychodynamika:** charakteristické jsou dvě osobnostní vlastnosti:

- nucenost: přílišná svědomitost, zdánlivá poddajnost, ale chybějící flexibilita, perfekcionismus a skon k potlačování hněvu a zloby
- masochisticky-depresivní charakterové vlastnosti: přehnaná ochota pomáhat, sebeobětování se, spojené s přehnaně morálním chováním a depresivními rozladami

V důsledku obětování se dochází ke směsi touhy ovládat a masochistického sebeobětování se. Na základě neotřesitelné trpělivosti, poddávání se osudu a skromnosti, spojených s perfekcionismem, vzniká „láskyplná tyranie" pacientů. V láskyplné a nápomocné podobě jsou přitom přísní a dominantní.

Tato charakterová struktura představuje u osob s artritidou pokus, jak zacházet s **nedovolenými agresivně-nepřátelskými impulsy**. Tyto osobnostní charakteristiky jsou do značné míry odrazem reakce pacienta na chronické zatížení způsobené bolestí.

➔ **Reaktivní změny:** pacienti s revmatoidní artritidou se vyrovnávají se svoji nemocí se **stěží pochopitelnou, neotřesitelnou trpělivostí**. Jsou skromní, poddajní, ano téměř indolentní. Přes vyslovená omezení pohyblivosti se soustavně snaží o to, aby i nadále vykonávali své povinnosti. Čím déle onemocnění trvá, tím méně je subjektivní omezení vnímáno. U pacientů s revmatoidní artritidou však existuje 1,5 až 2-násobě **zvýšené riziko rozvoje deprese**, přičemž omezení svobody pohybu souvisí s rozvojem depresivní symptomatiky. U depresivně-masochistického zpracovávání nemoci existuje opačná souvislost mezi intenzitou bolesti a psychickou rozladěností: těmto pacientům se daří z duševního hlediska tím lépe, čím rozvinutější je symptomatika bolesti.

➔ **Zvláštnosti ve vztahu lékaře a pacienta:** (cyklicky-maladaptivní vztahový kruh; schéma 12-2): nezištné, poddajné a kontrolující charakterové rysy osob s artritidou charakterizují také vztah mezi lékařem a pacientem. Lékaři je tímto způsobem sugerováno, že se nemusí žádným způsobem starat o nemoc, že se nemusí namáhat, protože obtíže nejsou tak hrozné, a proto nemusí následovat žádná léčba. Lékař by měl tato vyjádření přijímat jako výraz ideálu nezištnosti pacienta a měl by chápat, že na základě tohoto ideálu je pro pacienta těžké přijímat jakoukoli pomoc. Teprve ve chvíli, kdy se vytvořil nosný vztah k lékaři, mohou být tyto ideály nezištnosti a sebeobětování se opatrně zpochybňovány. Lékař však bývá často zklamaný, neboť tito pacienti nejsou na základě své soběstačnosti a popírání příznaků nemoci schopni přijmout dobře míněnou nabídku pomoci. Nebezpečí spočívá v tom, že se lékař zklamaně stáhne zpět a pacienta doporučí jinam, a to také proto, aby se vyhnul jeho podprahově vyčítavému a obviňujícímu chování.

➔ **Základní psychosomatická péče:** vedle somatické léčby:

- metody na tělesné uvolnění jako např. autogenní trénink
- psychoterapeutické metody odhalující konflikty
- výstavba nosného vztahu k pacientovi, který vzniká na základě starostlivého, ale nezištnost pacienta respektujícího chování; takřka mimochodem oslovit nezištnost na pozadí nosného vztahu (např. „Není pro Vás někdy těžké myslet sám na sebe?“).

Schéma 12-2 Cyklicky-maladaptivní vztahový kruh u popírajících pacientů s chronickou polyartritidou ve vztahu k lékaři

Blokovaná přání a obavy pacienta:

Přání: být uznáván a dostávat péči, ačkoli se agresivně vymezuje a ukazuje zlobu (y → x: 1-2/1-4) (x → y: 1-7).

Obavy: že bude znevažován, přihlásí-li se se svými nároky, přijme-li pomoc nebo ukáže-li zlost (y → x: 1-6).

Interakční chování pacienta:

Kontroluje se, je poddajný, podrobivý, skromný (2-5/2-6), „touha ovládat sebeobětováním“: dominantně kontrolující; popírá obtíže (1-5/2-8).

Re-akce lékaře:

Léčí nedostatečně, protože nerozpoznal popírání obtíží (1-8).

Je zklamaný, pokud pacient nepřijímá pomoc, a stahuje se pohněvaně zpět (2-6/2-8).

Rozvíjí pocity viny v důsledku podprahově obviňujícího chování pacienta (3-6).

Vztahování se pacienta k sobě samému a zacházení pacienta se sebou samým:

Znevažování sebe sama a stud vyvolávaný potřebností kompenzuje pacient rozšířenou skromností a popíráním symptomů (3-6/3-8).

Pocity zklamání jsou ve zvýšené míře kontrolovány (3-5).

12.3 Generalizovaná tendomyopatie (fibromyalgie, revmatismus měkkých tkání)

➔ **Klinický obraz nemoci:** difúzní, chronické, multiohniskové (generalizované), svalově-kosterní, extraartikulární bolesti („všechno mě bolí“) s histologicky zachytitelnými nezánětlivými změnami v oblasti kosterního svalstva, šlach a kloubních pouzder. Ženy bývají postihovány častěji než muži, bolesti jsou často doprovázeny chronickou únavou, sníženou zatížitelností,

poruchami spánku, depresivními obtížemi a úzkostmi. K častým doprovodným symptomům patří rovněž psychovegetativní symptomy (dermografismus, hyperhidróza) a somatoformní poruchy (gastrointestinální, kardiální). Dobrá pohyblivost páteře a kloubů, negativní rentgenové a laboratorní nálezy, úpony šlach bolestivé na tlak (např. M79.0, M79.1, M79.6), tlaková bolest na jedenácti z osmnácti stanovených tlakových bodů.

➔ **Primární osobnost a psychodynamika:** na vzniku a udržování bolesti se podílejí psychogenní faktory. Osobnost je popisována jako ovládající se, dominantní, nucená a perfekcionistická. Pacienti se jeví jako „běžci před startem“, kteří napjatě čekají na startovní výstřel, aniž by však někdy takový signál zaslechli. Zvláště při ovládání agresivních impulsů a představ existují konflikty, které způsobují spíše přílišné kontrolování sebe sama, a v pozdějších stádiích nemoci se objevují vyslovená potřeba šetřit se a přání předčasného odchodu do důchodu. V empirických výzkumech se objevují harmonizující idealizace rodičovských figur na pozadí narušeného zpracovávání dřívějších rozchodů a ztrát. Také zde existuje základní konflikt mezi velkou potřebou závislosti a pasivity, přičemž na počátku nemoci se pacienti těmto přáním brání přehnaně kompenzující autarkií a aktivitou, v pozdějších stádiích však přijímají nakonec vybojovaný a sociálně legitimovaný předčasný odchod do důchodu. Předčasný odchod do důchodu však přirozeně nepřináší nevědomě očekávanou uspokojující primární péči popř. mateřskou péči, což může mít za následky narůstající desiluse a projevující se depresivitu.

➔ **Zvláštnosti ve vztahu lékaře a pacienta:** Vztah mezi lékařem a pacientem je komplikovaný a do značné míry určovaný velkou nespokojeností pacienta, který nakonec požaduje účinnou pomoc nebo uznání jako práce neschopného popř. odchod do předčasného důchodu.

➔ **Základní psychosomatická péče:** fyzioterapie, tělesná aktivace, lokální anestesie, lokální teplo, uvolňující psychoterapeutické metody popř. antidepresivní medikace. Opioidy se nedoporučují. Infiltrace bolestivých bodů a pasivní napínání svalů přinášejí dočasné svalové uvolnění. Při vypracovávání situační souvislosti symptomatiky je nutná fokální, hlubinně psychologicky orientovaná psychoterapie. V ostatním se postup shoduje s postupem u pacientů s chronickými bolestmi zad. Neusiluje se o (a neslibuje se vyhlídka na) odstranění bolestí, nýbrž vypořádání se s potřebami: je přitom nutné pacienta podporovat v tom, aby se naučil rozpoznávat i malé pokroky a uměl je pro sebe využívat.

12.4 Morbus sudeck, reflexní sympatická dystrofie (algodystrofie)

➔ **Klinický obraz nemoci:** často popisována v návaznosti na úrazové trauma horních končetin (distální zlomenina vřetenní kosti), ale také po srdečním infarktu nebo v souvislosti s trvalou medikací tuberkulostatik, barbiturátů, thyreostatik, přibližně 20 % je „idiopatických". Klinicky existuje hypertermie postižených končetin s tvorbou otoků, přehříváním a bolestivým omezením pohybu (akutně zánětlivé stádium 1, přílišná sympatická aktivita). Následně dochází – při současném polevení spontánních bolestí – k dystrofickým poruchám pokožky a ke ztuhnutí kloubů; na rentgenovém snímku: skvrnitá odvápnění (stádium 2, chronicky-dystrofní oslabení sympatické aktivity). Nakonec dochází k atrofii zúčastněných svalů a kostí s kontrakturami a nevratnými omezeními funkcí (stádium 3). Etiologie a patogeneze nejsou dodnes zcela vyjasněny. Psychosomatické faktory hrají přinejmenším při formování průběhu nemoci určitou roli. Existují odkazy na stresem asociovanou, centrálně dysfunkčně pozměněnou inervaci sympatické vazomotoriky v oblasti postižených končetin s následkem perfúzních a permeabilitických poruch kapilár a dystrofických reorganizačních procesů a atrofií vazivové tkáně (M89.0).

➔ **Primární osobnost a psychodynamika:** pacientům s reflexní sympatickou dystrofií je připisována zvýšená vegetativní dráždivost, emocionální labilita, naříkání si, úzkostlivost a zvýšená míra urážlivosti. Vedle toho potlačují tito pacienti otevřené vyjadřování zloby a hněvu. Podle novějších výzkumů se v předcházejícím životě pacientů nachází kumulace chronických nemocí, psychosomatických onemocnění a traumatických zatížení z ranného dětství. U pacientů s reflexní sympatickou dystrofií je často popisován konfliktní vztah k rodičům, ztráta jednoho z rodičů v prvních letech života, rozchod obou rodičů, chronické onemocnění jednoho z rodičů. V popředí onemocnění se často vyskytují zklamání a zážitky ztráty (smrt partnera nebo jednoho z rodičů, partnerské problémy, rozchod). U těchto pacientů je možné téměř pravidelně prokázat těsnou časovou vazbu na emocionální krize v rámci konfliktního vztahu. Na pozadí zatížení z ranného dětství jsou úzkosti či aktuální traumatické události v okolí pacienta nevědomě spojovány s poraněnými končetinami a jsou jimi symbolizovány. Z toho vyplývají velké obavy před dalšími ranami osudu, stereotypní nepřirozené držení těla a nevědomý bojkot čistě somaticky zaměřených terapeutických opatření (např. problémy při mobilizaci, medikamenty).

Psychodynamiku těchto pacientů je možné znázornit následujícím způsobem:

Vývojová traumata v dětství → obavy ze ztráty, pocity viny → úrazová traumata v časové souvislosti s aktuálním příkořím či vztahovým konfliktem → aktualizace primárního dětského traumatu → snaha zabránit novým ztrátám prostřednictvím úzkostí ovládané imobilizace postižených končetin („ne ještě nějaký špatný pohyb") → patologické nepřirozené držení těla → neúspěch

nutných terapeutických opatření → problematický vztah mezi lékařem a pacientem.

➔ **Zvláštnosti ve vztahu lékaře a pacienta:** na tomto pozadí je vytváření vztahu k mnoha pacientům trpícím reflexní sympatickou dystrofií často komplikované a konfliktní. Často nelze bez dalšího dosáhnout zvláště neúzkostného pozitivního postoje, např. vůči nutné zdravotně-výchovné mobilizaci. Zohledněním nevědomého významu symptomu je pak možné zlepšit přijetí terapie a snížit obavy z fyzikálně-zdravotně-výchovných terapeutických opatření. K tomu je nutný otevřený rozhovor o (také biograficky motivovaných) úzkostech pacienta, protože jinak může dojít na straně lékaře k destruktivní eskalaci vyplývající z „negativní kompliance“ a zloby, jež by opakovala nevědomé dětské zkušenosti pacienta. Podstatné je, aby ošetřující lékař na sebe – s vlastními pocity viny – nevztahoval vyčítavě-úzkostné naříkání ohledně nedostatečné pomoci či nedostatečné akceptování terapie na straně pacienta jako kritiku své vlastní osoby nebo své kompetence a nereagoval pak na ně – z důvodu vlastní ochrany – nezájmem či příliš invazivním terapeutickým postupem (např. nikoli přesvědčivě indikovanými operativními intervencemi).

➔ **Základní psychosomatická péče:** zohlednění psychodynamických souvislostí ušetří jak pacientovi, tak i ošetřujícímu lékaři terapeutické zacházky i čas. Fokální zpracovávání případných vztahových konfliktů a ztrát v popředí onemocnění může být užitečné pro zlepšení ochoty přijímat léčbu. Vedle toho jsou vhodné uvolňující psychoterapeutické metody. V vážných případech s hrozící invalidizací či odchodem do předčasného důchodu by měla být zvážena rovněž stacionární psychoterapie. Somatická terapeutická opatření se v závislosti na jednotlivých stádiích orientují podle klinické symptomatiky:

- stádium I: blokáda sympatiku (guanetidin-sympatikolýza, blokády hvězdicové pleteně nebo kmene sympatiku); nesteroidní antirevmatika a případně opioidy stupně II, antidepresiva; psychoterapeutická mobilizace za současného chlazení, ergoterapie se stimulací pokožky, lymfatické drenáže, diadynamik
- stádium II: žádná blokáda sympatiku, nýbrž nízce koncentrovaná anestézie pleteně nebo peridurální anestézie, případně podávání opioidu; antidepresiva a antikonvulziva; aktivní cvičení pro předcházení zatuhnutí (fyzioterapie a ergoterapie); koupele v kyselině uhličité
- stádium III: jako stádium II; navíc případně péče pomocnými prostředky

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

MUDR.RADKIN HONZÁK: MÁ TĚLESNÉ CVIČENÍ PŘÍZNIVÝ VLIV NA DEPRESI A ÚZKOST? ZDÁ SE, ŽE NE

Populární představa, že ve zdravém těle sídlí zdravý duch byla podpořena řadou vědeckých prací z nichž nejcitovanější je švédská studie (1) Petera Hassména a spol. otištěná v roce 2000 v Preventive Medicine. Autoři na vzorku 3403 osob (ž - 1856, m - 1547) testovali hypotézu, že pravidelné tělesné cvičení má příznivý vliv nejen na tělesné zdraví, ale také na psychický stav. Ke stanovení emočních poruch použili Beckův dotazník deprese, dotazníky sledující agresivitu, cynismus a smysl pro koherenci. Výsledky zkřížené studie přinesly poznání, že osoby, které cvičí nejméně dvakrát až třikrát týdně, pociťují významně méně deprese, hněvu, cynické nedůvěry, k tomu také lepší tělesnou zdatnost a pocit zdraví. U osob, které cvičily alespoň dvakrát týdně byl také lepší pocit celkové koherence a sociální adaptace. Závěry práce vyzněly v tom smyslu, že tělesné cvičení posiluje tělesné i psychické zdraví. Tyto vztahy podporují desítky dalších studií s obdobnými závěry, existuje nemálo klinických pracovišť, kde fyzická zátěž je dominantním léčebným prostředkem u emočních poruch.

Marleen HM De Moor se spolupracovníky z Vrij University of Amsterdam v recentní práci (2) dochází ke zcela odlišným závěrům. Ve svých východiscích zpochybnili jednoduchou kauzalitu mezi cvičením a zmírněním úzkosti a deprese a položili si otázku, zda neexistuje ještě třetí faktor společný oběma proměnným. Do studie bylo zařazeno 5952 dvojčat, 1357 jejich dalších sourozenců a 1249 rodičů ve věku 18-50 let.

Vztahy mezi cvičením a depresivními či úzkostnými příznaky byly zanedbatelné a nejlepší vysvětlení poskytuje společný genetický faktor působící na obě proměnné. Jestliže monozygotní dvojče cvičilo více, nevykazovalo méně depresivních a úzkostných příznaků, než jeho necvičící sourozenec. Vzorce intenzity cvičení u jednoho dvojčete bezpečně predikovaly míru deprese a úzkosti u druhého, což bylo vyjádřeno tak, že jestliže jedno z dvojčat cvičilo více, mělo také druhé méně emočních příznaků. Tyto vztahy již neplatily u dvojčat heterozygotních, ani u dalších sourozenců, kteří měli identickou jen část společné genetické výbavy. Nicméně časové analýzy ukázaly, že ani u jedinců, kteří zvýšili míru své tělesné zátěže, neklesala deprese ani úzkost.

Podle autorů zatím není jasné, které geny se podílejí na tomto fenoménu, ale předpokládají, že by to měly být ty, které se účastní na rozvoji

dopaminergních, serotoninergnéch, noradrenergních a opioidních drah a sruktur. Výsledky neimplikují závěry v tom smyslu, že tělesné cvičení nemůže být přínosem pro pacienty s depresí a/nebo úzkostí, ale upozorňují na to, že toto tvrzení nelze generalizovat, a že bude třeba další výzkum k tomu, aby se lépe specifikovalo, za jakých okolností může být tato léčba užitečná. Upozorňují také na to, že je rozdíl mezi volně prováděným tělesným cvičením a řízeným cvičením v rámci terapeutického programu, kde se pozitivní vlivy mohou uplatnit.

Výsledky citované studie mi evokovaly skeptickou úvahu o našich konstrukcích kauzality, kterou více než před čtvrtstoletím vyslovil v jednom ze svých esejů Lewis Thomas. Napsal, že považujeme za samozřejmé, že vysokého stáří se dožívá ten, kdo ve svém mládí a středním věku aktivně cvičí, a že nikdo nepřemýšlí o tom, že kauzalita může být zcela opačná, tedy že „líný“ jedinec jen vykazuje latentní příznaky pozdějšího onemocnění.

doi:10.1006/pmed.1999.0597

DeMoor MHM, Boomsma DI, Stubbe JH, et al.: Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression. Arch Gen Psychiatry, 2008;65(8):897-905

Praha - 8.8.2008 MUDr. Radkin Honzák, Csc.

MUDr.V.CHVÁLA: CO JE NOCEBO?

Existence efektu placebo, tedy vsugerovaného pozitivního účinku zcela neúčinné látky, je poměrně široce známa. Lékaři však v těchto dnech ve Vídni upozornili na to, že mnohem méně známý, ale přesto stejně silný je i opačný efekt, pro který se užívá označení "nocebo" z latinského "budu škodit".

Mnoho studií prokázalo, že pacienti, kterým byl podán například neškodný, ale neúčinný hroznový cukr, ale kterým bylo řečeno, že jde třeba o lék proti bolesti, brzy hlásilo, že jejich bolesti ustupují. Tento placebo efekt se podle výzkumů objevuje zhruba u 30 procent všech lidí.

Rakouští a němečtí experti teď dokládají, že obdobný efekt může působit i obráceně, tedy negativně. Obecně jde o to, že účinnost mnoha léků je do značné míry závislá na psychickém stavu a "naladění" pacienta. Výzkumy sice ještě nejsou tak rozsáhlé jako zkoumání placeba, ale jejich výsledky jsou již jednoznačně průkazné.

Například skupině čtyřiceti astmatiků byl podán lék s upozorněním, že může vyvolat alergickou reakci. Přestože šlo o naprosto neškodnou látku, reagovala téměř polovina zkoumaných osob zhoršeným dýcháním a plných dvanáct z nich dostalo regulérní astmatický záchvat. Vzápětí byla stejná neškodná látka podána stejným pacientů jako lék, který jejich potíže odstraní. A skutečně - rychle se jim ulevilo a byli v pořádku.

Při jiném pokusu bylo lidem v určité lokalitě sděleno, že mohou pociťovat obtíže proto, že v blízkosti jejich bydliště je vysílač umožňující spojení mobilních telefonů. Brzy se mnozí skutečně s různými potížemi hlásili. Háček byl v tom, že vysílač vůbec nebyl zapojen.

Podobné studie dokazují, že silný a rozšířený efekt nocebo opravdu existuje. Dal by se definovat tak, že už pouhá obava z nežádoucího nebo vedlejšího účinku léku vede u mnoha lidí k tomu, že se tento účinek skutečně dostaví.

Například farmakolog Uwe Gessner upozorňuje na to, že velmi rozšířený je tento negativní efekt v souvislosti s návody, které jsou přibalovány ke každému léku jejich výrobcem. Ten kvůli právní ochraně vyjmenovává všechny možné, i zcela nepravděpodobné, negativní vedlejší účinky preparátu. Pacienti, kteří si návod pečlivě přečtou, jsou mnohdy už tímto výčtem vyděšeni tak, že jim lék nepomůže, ale spíše se jim přitíží.

"Pacient může být negativně naladěn z různých důvodů: buď je to od přírody pesimista, nebo má špatné zkušenosti s předchozí léčbou, nebo se mu dostane negativních informací od lékaře, lékárníka či z médií. Psychika je strašně důležitá, a proto by lékaři měli vždy pacientům zdůrazňovat, že pozitivní účinky léku převažují nad riziky," říká Gessner.

http://psychologie.pramenyzdravi.cz/2076874/Vedle-placeba-existuje-i-opacny-efekt---nocebo.php

RECENZE

GUDRUN HENNIG, GEORG PELZ: TRANSAKČNÍ ANALÝZA. TERAPIE A PORADENSTVÍ.

Praha, Grada, 2008. 320 s., cena 429 Kč, ISBN: 978-80-247-1363-2

Pro zájemce o transakční analýzu (TA) vyšla velmi hodnotná učebnice zohledňující (od teorie osobnosti, přes komunikační vzorce, až po terapeutické a poradenské využití a osobnostní růst) uceleného ego-psychologického dynamického přístupu, jehož základy položil v padesátých letech minulého století Eric Berne. Je naprosto jasné, že již nikdo nedosáhne na jiskřivou brilantnost textu knihy Games people play (ani samotnému autorovi se to v učebnici „What do you say after you say hello“ nepodařilo), nicméně stále svěží duch TA dovoluje publikovat čtivé texty, přestože se jedná o učebnice.

První autorku, Gudrun, jsem zažil ve výcviku a mohu říci, že její text se blíží důkladnosti, současně však také pestrosti a zprostředkovatelnosti zážitků, a to přestože stále platí: číst je dobré, vidět je lepší, prožít si to je nejlepší. Učebnice je vynikající po stránce teoretické a více než velmi dobrá po stránce praktické. Autoři zmapovali vývoj, kterým prošla TA od svého základu a

podstatně rozšířili původně terapeuticky zaměřenou metodu na poradenskou oblast a nabídli možnosti i „samoukům“.

Překlad Blanky Čepické plně vystihuje šíři i hloubku problematiky, často zohledněnou v poznámkách pod čarou, cenný je i slovník ekvivalentů v angličtině, němčině a češtině. S ohledem na anglofonní zaměření většiny naší populace se může jevit jako problematické uvádění většiny literatury v němčině, mně osobně v textu chybělo širší uvedení pohledu Mavis Klein, jejíž prakticky využitelné miniscénáře jsou sice zmíněny, ale velice stručně. Přes tyto drobné výhrady knížku doporučuji nejen zájemcům o TA, ale všem, kteří se o sobě, nebo o svých blízkých chtějí dozvědět víc.

22.10.2008 MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Pro tisk dvojstrany formátu A5 na A4 je tento vzorec: 197,150,151,196/ 195,152,153,194/ 193,154,155,192/ 191,156,157,190/ 189,158,159,188/ 187,160,161,186/ 185,162,163,184/ 183,164,165,182/ 181,166,167,180/ 179,168,169,178/ 177,170,171, 176/ 175,172,173,174/

(celkem 12 listů A4, 48 stran)

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ FARMACEUTICKÁ FIRMA

Psych@Som

Bulletin zájemců o psychosomatickou problematiku v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec

Jáchymovská 385

Liberec 10, 46010