

<p>číslo <b>4</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PSYCH@SOM</b></p> <p style="text-align: center;">PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI PRO SVOU POTŘEBU</p>	<p style="text-align: center;">ROČNÍK <b>2003</b></p>
<p><b>OBSAH</b></p>	<p><b>EDITORIAL 3</b></p> <p>KDO NEUMÍ NIC NEŽ MEDICÍNU, NEUMÍ NEJSPÍŠ ANI JI. 3</p> <p><b>NAD MINULÝM ČÍSLEM 5</b></p> <p>Petr Moos 5 Jiří Podlipný na to 6 Marcela Bendová z Brna 6</p> <p><b>POLITIKA, KONCEPCE 7</b></p> <p>DISKUSE K NÁVRHU PRAVIDEL NA ZŘÍZENÍ SÍTĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PRACOVIŠŤ 7 odpověď 8</p> <p><b>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 10</b></p> <p>PSYCHOSOMATICKÉ DISPUTACE IV: KOŽNÍ 10 PSYCHOSOMATIKA V LÉČEBNÉ PRAXI (LK) 10 ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY IV A V (IPVZ) 11 SEMINÁŘ PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY S.R.O. 11 V. PSYCHO-SOMATICKÉ DISPUTACE: S GYNEKOLOGY 11 10. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI 11</p> <p><b>ZKUŠENOSTI Z PRACOVIŠŤ 12</b></p> <p>STŘEDISKO PSYCHOTERAPEUTICKÝCH SLUŽEB BŘEHOVÁ, S.R. O., 12 JAN ŘEHÁK, MUDR.: JAK MŮŽE PRACOVAT S PSYCHOSOMATICKÝM KONCEPTEM PRAKTICKÝ LÉKAŘ 13 DANA HAJNÁ (PĚTIVOKÁ) PHDR.: JAK SE PRACUJE U STEVA DE SHASERA? 18</p> <p><b>KASUISTIKY 27</b></p> <p>KATEŘINA HVĚZDOVÁ, PHDR. : PSYCHOTERAPIE PROTI TEPLITÁM? 27</p> <p><b>HISTORIE OBORU 31</b></p> <p>THORE VON UEXKÜLL, PROF.DR.MED.DR.MED.H.C. : PŘEDMLUVA K 6.VYDÁNÍ PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN (2003) 31</p> <p><b>SOUČASNÉ TRENDY 35</b></p> <p>JAN PONĚŠICKÝ: 35 SERIÁL- ZÁSADY PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PŘÍSTUPU U PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ: DÍL DRUHÝ: PRÁCE NA VZTAHU A PŘENOSOVÁ NEUROSA (U PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ) 35</p> <p><b>OCHUTNÁVKY ODJINUD 37</b></p> <p>S. KOMÁREK: ONTOLOGICKÝ DLUH A TRANSDEBITACE 37</p>	
<p><b>Redakční rada</b></p>	<p>MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P. MOOS, MGR.J. KNOP, PROF. S.KOMÁREK . DOC.J.BERAN</p>	<p>Uzrálo dne 10.10.2003</p>
<p><b>Redakce:</b></p>	<p>Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398 e-mail: <a href="mailto:chvala@sktlib.cz">chvala@sktlib.cz</a> . Psych@Som je ke stažení na elektronické adrese <a href="http://www.sktlib.cz/psychosomatika">www.sktlib.cz/psychosomatika</a></p>	

Tato strana je volná kvůli tisku.

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu ([WWW.SKTLIB.CZ](http://WWW.SKTLIB.CZ)) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: 40,1,2,39,38,3,4,37,36,5,6,35,34,7,8,33,32,9,10,31,30,11,12,29,28,13,14,27,26,15,16,25,24,17,18,23,22,19,20,21. Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk. Kdo tento zdánlivý rébus vyřeší, dostane titul „Mistr tiskař“. Kdo nevyřeší a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na [SKT@SKTLIB.CZ](mailto:SKT@SKTLIB.CZ).  
**Cena tištěného čísla je 20 Kč.**

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ  
FARMACEUTICKÁ FIRMA

## Kdo neumí nic než medicínu, neumí nejspíš ani ji.

Je těžké nestat se paranoidním, když se člověk potýká dlouhou dobu s překážkami. A tak když mi kolegyně odkudsi z Moravy napsaly asi měsíc před začátkem už třetího kurzu IPVZ v psychosomatické problematice, že je nechtějí do kurzu přijmout, s tím, že je již účastníků dost, totiž dvacet, pochopitelně jsem se divil. A protože nebylo snadné kurz dostat do normálního programu doškolování pracovníků ve zdravotnictví, nemohlo mě nenapadnout, že jde o nějaký naschvál, ústřk, který má jen znovu omezit přístup zájemců ke vzdělání, které kdosi tajemný v pozadí, kdosi mocný považuje za zbytečné, nevhodné, nežádoucí... Nakonec se vše docela dobře vysvětlilo a na kurzu se nás sjelo na čtyřicet. Ono je těžké dopředu odhadovat počet zájemců na jednotlivé akce, ale podle všeho si budeme muset zvyknout, že zájem o psychosomatiku, léta držený pod pokličkou a transformovaný do nejrůznějších jiných podob, bude přivádět kolem 40 –50 zájemců na pořádané akce. Jistě bude záležet na jejich kvalitě. Pro ty z vás, kteří tentokrát nemohli, dovolte krátkou rekapitulaci. Ke stavbě programu je třeba říci, že chceme pokud možno při každém z pokračujících kurzů ukázat posluchačům některého z dosud žijících praktiků psychosomatického přístupu, k tomu přidat vždy něco z kadlubu teorie, část vzdálenější (třeba filosofie), část bližší (medicína), něco z oborů, které do toho mají také co mluvit, jako je biologie, sociologie, antropologie, kognitivní vědy. A chceme také pečovat o posluchače, proto jsme zařadili balintovskou skupinu, a vždy končíme kasuistickým seminářem. Hlavním cílem, jak se nyní zdá, je, obnovovat naději, že je možné psychosomatický přístup v praxi pěstovat. Bez této naděje se mnohem hůře potýkáme s obtížemi, před které nás chroničtí pacienti denně staví.

Z přednášek, které tentokrát zazněly, chci vyzdvihnout především vystoupení pana primáře Krtičky. Je už vzácné potkat v řadách lékařů staré bardy, kteří rozumí celému pacientovi a ne jenom svým nástrojům. Pro mladé kolegy připomněl starý bonmot: „Kdo neumí nic než medicínu, neumí nejspíš ani tu.“ Autora jsem už zapomněl. U chirurga, který by se mohl věnovat jen bezduchému tělu, je psychosomatické myšlení vzácností. Pan primář vzpomínal na dobu, kdy byla medicína ještě vznešená, kdy lékaři patřili k elitě národa, k moudrým, široce vzdělaným lidem, nejen k vrchnosti úřednické. Učitelé pana doktora Krtičky ještě rozlišovali lékaře na ty, kteří jen úradují a ty, kteří myslí. V jeho vystoupení však nešlo jen o vzpomínání na staré zašlé časy. Informace o výzkumu, který beze vší pochybnosti ukázal, že i zlomeniny se podstatně lépe hojí tehdy, když je pacient klidné mysli, byly pro posluchače důležité. V literatuře se dají sice najít práce, které dokládají, o kolik se zkrátí hojení zlomenin při nespecifické (leč odborné) psychoterapii poraněného pacienta, ale zpráva z první ruky má větší váhu. V diskusi se nemohla neobjevit otázka, kde se asi stala chyba v dnešní medicíně, která se

ohání především finančními argumenty při evidence based posuzování technik léčby, že byl takový významný ekonomický efekt přehlédnut? O týden zkrátit hojení zlomenin? To by se muselo už vyplatit! Jen kdyby si toho pojišťovny chtěly všimnout!

Na Balintovské skupině, vedené PhDr.L.Trapkovou, povídala Bára o svém pacientovi s bolestí hlavy. Dostala spoustu podnětů k tomu, jak se zachovat ve složitém případě. Rodina dvanáctiletého chlapce se mezi námi ocitla jako živá, díky otázkám a nápadům všech účastníků. Napříště jsme se rozhodli uspořádat paralelně skupiny dvě nebo i tři, podle možností IPVZ.

Paní docentku PhDr. Annu Hogenovou jsme očekávali s napětím. Fenomenologická filosofie českého rodáka Husserla (1859) má pověst obtížné disciplíny. Chtěli jsme se však pokusit nahlédnout, jak se dívá fenomenologie na problém tělesnosti. Ukázalo se, že paní docentka je veskrze přátelská bytost, která nás nehodlá zavalit nesrozumitelnými pojmy. Nabídla nám představu, že věda se ujímá bádání jen nad tím, co je ohraničené, co vystupuje ze svého pozadí jako objekt. Nezabývá se tím, „jak se věci ukazují“. Jenže kromě SARX, objektivní soustavy tkání, je tělo tvořeno subjektivním tělem PÉXIS, nositelem výrazu, který vzniká propojením tělesného a duševního a který končí smrtí člověka. Propojení tělesného a duševního je v intencionalitě, v proudu všech podnětů, které v nás v každém okamžiku vznikají. Doufejme, že můžeme s fenomenology zůstat přáteli, i když si většina z nás ponechá svůj jazyk.

Pan profesor RNDr. Stanislav Komárek nezklamal svým příspěvkem „Medicínsko- průmyslový komplex /MPK/, nástupce církví v dnešní společnosti? Jeho již tradičně široký rozhled nedovolil, aby se přednáška naplnila jednoduchou kritikou zneužívání moci MPK. Na paralele s historií největších církví autor ukázal, kde jsou slabá místa MPK (jehož součástí ostatně my posluchači jsme) a kde jsou jaká východiska. MPK by se snad dal přirovnat k monokultuře rostliny, která je ohrožena především tím, že snižuje variabilitu, vyčerpává půdu a nakonec je více ohrožena než kultury smíšené. Současný stav snižuje zodpovědnost každého člověka sama za sebe a to zhoršuje vyhlídky na aktivní boj proti chorobě. Srovnání s církevní historií umožňuje pochopit, proč je tak nevraživě pohlíženo na herezi zevnitř systému. Kdyby nebylo na tomto srovnání ani zbla pravdy, nebyl by důvod odmítat jiné pohledy na zdraví a nemoc, které přináší typicky právě psychosomatické hnutí v medicíně. Odlišné názory však nejsou jen příležitostí k diskusi, jsou ohrožující skutečností, kterou nemusí mocní vidět rádi. Stejně tak jako hereze uvnitř církve. Možná nejde o pravdu a věčné argumenty jako o emoce a moc. Jak jinak si vysvětlit, že pod novým vydáním Uexküllovy Psychosomatische medizine (2003) je podepsáno 61 profesorů, kteří působí v psychosomatické medicíně v Německu, zatímco u nás někteří profesori psychiatrie pochybují, jestli vůbec nějaká psychosomatická medicína existuje? Velký bratr za mořem totiž žádnou psychosomatickou sekci nemá. Ještě že je Němců více než Čechů, jinak by měl Velký bratr zase pravdu! Ach ti věční obdivovatelé Lysenkovitých praktik.

A na závěr ještě připomenu přednášku socioložky paní doktorky Evy Křížové. Ta měla vzácnou příležitost zkoumat postoje českých lékařů

k nekonvenčním terapeutickým směrům. Výsledky dvou studií „Využití alternativní medicíny v ČR“ (Research Support Scheme 1998-1999) a „Sociologické, etické a filosofické aspekty nekonvenční medicíny“, přednesla ve srozumitelné a věcné přednášce. Oproti oficiálním tvrzením, bylo překvapením, že až 84% lékařů se setkalo ve své ordinaci s pacientem, o kterém vědí, že se léčí některou z nekonvenčních technik. 77% pacientů aktivně chtělo o těchto metodách s lékařem mluvit, 88% pacientů žádalo o kontakt na nekonvenční léčebnou techniku a 30% lékařů doporučilo pacientům některý z nich. Pozoruhodný je fakt, že celých 25% praktických lékařů užívá akupunkturu nebo homeopatii. A možná největším překvapením je, že více než polovina lékařů je ochotna považovat efekt těchto metod za více než psychosociální či symbolický.

Vladislav Chvála

## NAD MINULÝM ČÍSLEM

### PETR MOOS

dnes se Ti ozývám, protože mi přišel nový Psychosom a je to dobrý Psychosom. To je zajímavé, jak bobtná a kyne. Ještě si pamatuju na první čísla, jak jsme si říkali, zda bude dost materiálu. No tak materiálu je dost a docela dobře se to už teď čte.

Jinak mě tam zaujal článek doktora Podlipného zmínkou o potřebě zakázky v terapii. Už vícekrát jsem si všiml, jak systemičtí terapeuti, nebo teda RT neustále tlačí na tu zakázku, až ta RT začíná připomínat marketing k prodeji ještě křupavější psychoterapie. Setkal jsem se u kolegů už několikrát se situací, kdy terapeutický proces stále vězel kdesi na začátku nějaké rítě, neboť pacient (obvykle se teda říkalo klient) ještě nevyslovil zakázku a ještě se jakoby nevědělo, proč tam je a co chce. Tak si říkám, zda to vlastně často (ne pokaždé) není naprosto přesná pozice k indikování psychoterapeutického procesu. Jakmile přijde s tím, že ví, co chce, bývá to obvykle značná potíž. Jinak je jasné, že proces formulace zakázky může být velmi užitečný, avšak domnívám se, že zejména pro terapeuty. Snižuje to jejich vlastní úzkost z nejisté půdy pod nohama. Shodou okolností jsi otiskl v tom Psychosomu moji kasuistiku s panickou poruchou (příště prosím bez těch rodných čísel a čísel účtů, nějak se mi to tam připletlo asi v rámci jiného publikování), kde si vzpomínám, že právě na začátku vůbec žádná konkrétní zakázka nebyla. Jakmile se pacientka křečovitě zasnázila nějakou vytvořit, zafungovalo to hned jako obranná terapeutická brzda. Jestli ona by to spíš neměla být místo zakázky zákazka. Jako zákazka k vytváření zakázek.

Ale teď mě napadá, že o tom mluvím hlavně ze zkušenosti individuální terapie. Je fakt, že v rodině o více než jednom člověku může zakázka vytvořit společnou osu zájmu, jinak by se to tříštilo. Nojo, takže vlastně vy jedni rodinní terapeuti asi víte, co děláte.

Přeji hezký týden ve zdravotnických zařízeních. Petr Moos

## **JIŘÍ PODLIPNÝ NA TO**

Ahoj z Plzně,

moje zkušenost je podobná. Co jsem ale chtěl zdůraznit je to, že si nemáme hrát na spasitele. Jasně že jde především o terapeutovu úzkost z chaosu, pocity nekompetence, bažinu pod nohama atd. Koneckonců - kacířská myšlenka - je to naše práce, a když se nám občas něco podaří a lidé odcházejí s úlevou, můžeme z ní mít i jiné, než primární zisky.

V jiných medicínských oborech se nad tím nemusí tolik zamýšlet. Když někoho např. bolí břicho a na RTG zjistí, že má díru ve střevě, tak je objednávka na světě. Když ale někoho bolí duše a nevyzná se ve svých pocitech, tak je dobré začít nacházet společnou řeč, jinak je asi intervence nemožná. A řeč je společná, pokud ji spolutvoří oba (či všichni), ať už je to individuál či něco jiného. S respektem se dopracovat k tomu, co člověk chce, je vlastně už půl práce. Může třeba chtít blbosti - předělat rodiče, získat Nobelovu cenu, vyhovět každému ... ale je dobrý to vědět. Čau, Jirka

## **MARCELA BENDOVÁ Z BRNA**

Milí přátelé, moc děkuji za časopis, odpovídám proto, že mi je vlastně úplně jedno jakou formou mi bude psychosom. zasílána. Všechno můj počítač přečte a já si číslo vytiskla v "Doc". Druhá forma je pro můj pokročilejší věk složitější k výtisku a tak volím formu mě přiměřenou - jednodušší! Díky, zdravím všechny a Lad. Chválu obzvláště

Vaše

Marcela Bendová z Brna.

P.S.

Psychosomatiku a gynekologickou psychosomatiku, učím mediky ve 4.ročníku 1 semestr a druhý semestr pak komunikaci. Naše pracoviště na Obilnáku (gynekologie, porodnictví, onkologie) je na psychosomatické poruchy a psychoterapii zaměřeno již 35 let!! Takže bude-li něco třeba jsme ochotni se připojit k jakékoliv aktivitě. mb

# POLITIKA, KONCEPCE

## Psychosomatická pracoviště v síti zdravotnických zařízení

### Diskuse k Návrhu pravidel na zřízení sítě psychosomatických pracovišť

K uveřejněnému návrhu přišel podrobnější diskusní materiál kolegů z Brna. Porovnávají své současné pracovní podmínky s návrhem a zjišťují, v čem vyhovují a v čem ne. Tady je jejich příspěvek do diskuse:

Vážený pane doktore,

nedávno jsem si stáhl z internetu [Psycho@Som](#) č.3 z letošního roku, kde vedle jiného zajímavého čtení byly i Návrhy pravidel na zařazení pracovišť do sítě psychosomatických zařízení. Bohužel, vzhledem k dovoleným, mohu na ně reagovat až dnes. S odvoláním na informaci o našem pracovišti (Oddělení klinické psychologie FN u sv.Anny v Brně), kterou jsem Vám zaslal v říjnu loňského roku, bych se chtěl dotázat na možnost jeho zařazení do připravované sítě PP v rámci nynějších pravidel. Některá z nich totiž splňujeme, některá jen s určitými zvláštnostmi:

1. Klientelu oddělení tvoří převážně pacienti s chronickými, často psychosociálně podmíněnými tělesnými symptomy, jak to vyžaduje definice na str.7.
2. OKP je orientováno na širší spektrum symptomů v rámci více medicínských oborů, jsou ale rozvíjeny i specializace v rámci jednoho oboru – např. psychoonkologie, neuropsychologie, psychologie poruch příjmu potravy aj. Tuto podmínku Definice (str.7) tedy rovněž splňujeme.
3. Splňujeme i podmínku pro fungování zdravotnického pracoviště dle platných předpisů (viz. „Nezbytné předpoklady k zařazení do sítě psychosomatických pracovišť“, str. 8, odst. 1).
4. U „Nezbytných předpokladů...“, str. 8, odst. 2, ale začíná problém: tým našeho oddělení je tvořen pouze klinickými psychology a zcvičenou zdravotní sestrou. Avšak: každý člen OKP je dislokován na některé z klinik FN, do jeho odborné péče (psychodiagnostické, psychoterapeutické, poradenské, či psychorehabilitační) se konkrétní pacient dostává po vyšetření somatickým lékařem (ambulantním, či z lůžkového oddělení) dané kliniky, na jeho žádost a při jeho souběžné medicínské terapii (je-li nutná). Léčebný tým je tedy vytvářen ad hoc, ke každému pacientovi zvlášť a je pak tvořen, tak, jak požadujete, lékařem atestovaným v některém z klinických oborů, psychologem a zdravotní sestrou, při čemž lékař může být (dle svého zařazení na klinice) u různých pacientů různý, je somaticky orientovaný, ale nemá funkční specializaci



z psychoterapie. Podmínky zmíněného odst.2 ohledně týmu plníme tedy funkčně, ne však organizačně, ovšem s tím, že spolupracující lékař není většinou psychosomaticky, ani psychoterapeuticky orientovaný.

5. Oddělení je vybaveno na práci s psychickými fenomény, na práci s tělesnými symptomy (jak to vyžaduje odst. 3, zmíněných „Nezbytných předpokladů...“), je vybavena klinika, na které je psycholog dislokován.
6. Uvedený tým se schází pravidelně nad případy na odborných schůzkách, či vizitách na dané klinice, psycholog je pak navíc supervidován na pravidelných konzultacích vedoucím OKP a týmem kolegů na pravidelných, týdenních seminářích . Viz odst. 4 uvedených „Nezbytných předpokladů...“.
7. Kontakt se společenstvím, které vyjednává a udržuje podmínky pro existenci psychosomatických pracovišť (viz odst. 5 „Nezbytných předpokladů...“) bychom rádi udržovali.

Tolik ke srovnání základních charakteristik našeho oddělení s předpoklady k jeho zařazení do sítě psychosomatických zařízení. Z navržených kategorií psychosomatických pracovišť (str.8) se asi nejvíce blížíme k typu č.2 „Psychosomatické pracoviště s mezioborovým týmem“ – ovšem s tím, že tento tým není organizačně stálý, ale může se u jednotlivých pacientů měnit, dle toho, který z lékařů dané kliniky má zájem o participaci klinického psychologa při diagnostice, či léčbě určitého pacienta. A mohu potvrdit, že tato spolupráce probíhá při vzájemném respektu.

Prosíme tedy o zvážení a informaci, zda lze vůbec naše oddělení zařadit do chystané Sítě PP, příp. zda alespoň jako výjimku (do 2.typu). Možná by ale stálo za to, zvážit doplnění navrhovaných 4 typů PP např. o „Klinicko-psychologické pracoviště v rámci somatické nemocnice“, či tak podobně, protože takové pracoviště musí stejně pracovat psychosomaticky, s psychosomatickými pacienty, a tedy i trvale spolupracovat se somatickými lékaři. Navíc může škálu bodů vykazovaných ZP obohatit o další výkony. Byla by, myslím, škoda, kdyby taková pracoviště stála stranou při budování psychosomatiky u nás.

S pozdravem  
dr.Balašík Drahomír  
vedoucí Oddělení klinické psychologie  
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

## ODPOVĚĎ

Na současné situaci pracovišť, která se cíleně zabývají psychosomatickými pacienty (kteří jsou rozlišitelní spíše podle způsobu stonání než podle diagnózy) je pozoruhodné především to, jak pestré spektrum možností pokrývají. To nejspíš odpovídá možnostem, za jakých vznikaly, a koneckonců i nejrozumnějším teoretickým východiskům, na nichž se utvářely. Tvoří-li většinová biologická medicína (včetně biologicky orientované psychiatrie) názorovou monokulturu, pak



těch několik desítek pracovišť zabývajících se psychosomatickým pacientem představuje spíše možnost udržet si názorové rozdíly, čímž připomínají v přírodě zdravou tendenci k biodiverzitě rostlinných a živočišných kultur. Když se pokoušíme vytvořit nějaká pravidla pro vznikající síť psychosomatických pracovišť, hledáme vlastně minimální konsensus, který by zajistil **základ pro vzájemné dorozumívání**. Nezanedbatelná je ale také možnost identifikace pracoviště jako psychosomaticky orientovaného, a v neposlední řadě kompatibilita s ostatní zdravotnickou veřejností, která se nyní sama potýká s jednostranným evidence based konceptem medicíny, který se hodí více pro biologický model důkazů. Pro nás jsou vhodnější kvalitativní metody výzkumu, ale dobře víte, jak to s nimi u nás je.

Nikdo nás nenutí stanovit si pravidla (protože většina organizátorů zdravotnictví zatím neví, že existujeme), ale sami bychom měli chtít taková pravidla vytvořit, aby byla šance pracoviště, která psychosomatický koncept naplňují, v systému zdravotního pojištění chránit. Stanovíme-li je příliš úzkostně, hrozí, že vznikne další monokultura se všemi nevýhodami. Budou-li příliš volná, hrozí, že se psychosomatika rozplyne v nezměrné oblasti alternativní či komplementární medicíny.

Zatím se s většinou kolegů, se kterými o tom diskutujeme, shodujeme v názoru, že by na takovém pracovišti neměl chybět lékař a že to bude pracoviště zdravotnické. Pracoviště, jako je to Vaše, podle mého názoru, by se mělo do pravidel vejít, protože je cenné a koneckonců organizované v rámci kliniky, uprostřed somatických oddělení a, jak píšete, tvoří týmy nad pacientem ad hoc. Podobně může fungovat relativně stálý tým tvořený několika kolegy lékaři a jedním psychologem-psychoterapeutem, pokud si zvykli na trvalou spolupráci. Umím si představit i formu nějaké vzájemné smlouvy nebo dohody o spolupráci, která by zaručila exkluzivitu spolupráce, zakotvila třeba společné semináře nebo supervizi, které by nemělo smysl mít jen jako formální podmínku. Na druhé straně ordinace klinického psychologa, který se může zabývat jak diagnostikou tak psychoterapií, je-li k tomu vyškolen, nemusí usilovat o status psychosomatického pracoviště jen proto, že s psychosomatickými pacienty pracuje, stejně jako jakákoli ordinace praktického lékaře nebo specialisty, pokud nemají možnost systematické týmové spolupráce „napříč obory“, zde především napříč medicínou a psychologií s psychoterapií. Oni o to ani usilovat nebudou a nemusí, protože jejich status je dostatečně pevně ve stávajícím zdravotnickém systému zakotven.

V.Chvála

# AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

## Psychosomatické disputace IV: kožní

Lékařský dům, pondělí 13.10.2003, 14.00-17.00

*Program:*

Téma: Atopická dermatitida

Doc.MUDr.Růžena Pánková: Úvod 10 min

MUDr.Nina Benáková: Atopická revmatitida – etiopatogeneze, léčba, prevence (25)

Prom.MUDr.Marie Selerová, PhDr.Milada Býmová: Spolupráce dermatologa s klinickým psychologem 20 min

MUDr.Petra Petrovská: Kazuistika 10min

MUDr.Naďa Hanousková: Kazuistika - chronická urtikarie 10 min

MUDr.V.Chvála: Pacienti s kožním příznakem na psychosomatickém pracovišti 15 min

PhDr.L.Trápková: Porucha separace u dvacetiletého muže s těžkými kožními projevy 20 min

Přehled dosud proběhlých psycho-somatických disputací

I. – gastroenterologové s psychotapeuty

II. – neurologové s psychoterapeuty

III. – opět neurologové s psychoterapeuty – bolesti hlavy

IV. – dermatologové s psychoterapeuty

## Psychosomatika v léčebné praxi (LK)

Datum: 18.10.2003

Místo: Praha, Klub ČLK

Koordinátor kurzu: MUDr. Jiří Šavlík, CSc.

Program:

MUDr.Jiří Šavlík,CSc.: Psychosomatika jako nutná integrální součást vědecké medicíny

MUDr.Jiří Šavlík,CSc.: Vztah lékař-pacient, klíčové postavení praktického lékaře

MUDr.Jan Hnízdil: Psychosomatika v diagnostice a terapii poruch pohybového aparátu II – kostrčový syndrom, kasuistiky

MUDr.Jiří Šavlík,CSc.: Model týmové práce psychosomatického přístupu v péči o pacienty s funkčními poruchami GIT

Doc.MUDr.Růžena Pánková,CSc.: Psychosomatika v dermatologii

MUDr.Antonín Pečenka: Možnosti realizace psychosomatického přístupu z pohledu zdravotních pojišťoven

MUDr.Jiří Šavlík,CSc.: Medicína vědecká, biopsychosociální a problematické alternativní metody- panelová diskuse

## Úvod do psychosomatiky IV a V (IPVZ)

Termíny: č. 222018.: 20. a 21. února 2004

č.222021: 25. a 26. června 2004

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program celkově pro oba kurzy (přesněji v příštím čísle)

Doc.MUDr. R.Pánková: Dermatologická psychosomatika

MUDr.Zorka Bártová: Konvenční psychosomatika nekonvenčně praktikovaná

MUDr.Jan Poněšický: Cyklus přednášek o psychosomatické medicíně (v jedn.)

Chvála+Trapková: Psychosomatický příznak v rodině II. a III. (pokračování)

Prof.RnDr.S.Komárek: Biologie moci (předběžně)

Trapková+Chvála: Kasuistický seminář

Doc.MUDr.J.Šimek: Psychosomatické aspekty vnitřního lékařství

MUDr.Pečenka: Možnosti pojištění v hrazení psychosomatické péče (v jednání)

PhDr.L.Trapková + další vedoucí balint.skupin (podle počtu přihlášených):

Balintovská skupina

Přihlášky je třeba zasílat obvyklým způsobem poštou na adresu: IPVZ, odd. organizace studia, Budějovická 15, 14000 Praha 4 nebo na e-mailovou adresu:

[Prihlasky@ipvz.cz](mailto:Prihlasky@ipvz.cz)

Cena: předběžně 1000-1200Kč (cenu stanovuje IPVZ)

Za organizátory: MUDr. Vladislav Chvála

## Seminář psychosomatické kliniky s.r.o.

**2.12.v 17:30 PROF. MUDR. CTIRAD JOHN - IMUNOLOGIE,** téma

vyhrazeno

Cena každého semináře je 100,- Kč.

Místo konání: Psychosomatická klinika, Patočkova 3, Praha 6 (tel.: 233 351 741)

Doprava: ze stanice metra Hradčanská 3 zastávky tramvají č. 15 nebo 25 do zastávky Hládkov

## V. Psycho-somatické disputace: s gynekology

10. května 2004 v Lékařském domě 14.00-17.00 v lékařském domě, program připravujeme

## 10. celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci

16, 17, 18. září 2004 Psychosociální a duchovní limity biologické medicíny

# ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

## **Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, s.r. o.,**

Je nestátní zdravotnické zařízení (založeno 1993), **Břehová 3, 110 00 Praha 1-Josefov**, tel. 222 324 027, tel./fax. 222 323 889, mobil 603211142, e-mail [sps.brehova@tiscali.cz](mailto:sps.brehova@tiscali.cz)

*Vážené kolegyně, vážení kolegové, dovolujeme si vám zaslat základní informace o rozsahu, formě a způsobu naší práce.*

### **V Psychoterapeutickém středisku v Břehové se zaměřujeme**

- . na práci s pacienty s neurotickými, s psychosomatickými a s některými osobnostními poruchami;

#### **poskytujeme**

- . systematickou psychoterapii (zejména dynamickou, resp. psychoanalytickou psychoterapii skupinovou a individuální; psychoanalýzu; skupinovou analýzu; skupinovou taneční a pohybovou terapii) poskytovanou ambulantní formou ;
- . denní stacionář (uzavřenou max. devítičlennou dynamicky vedenou skupinu) s každodenním léčebným programem v délce 8 týdnů;
- . dětskou a rodinnou psychoterapii;
- . poradenské konzultace přímo hrazené a supervize,

#### **přijímáme do psychoterapie**

- . bez doporučení anebo na doporučení ošetřujícího lékaře
- . motivované pacienty srozuměné s nároky sebepoznávací psychoterapie (pacient do léčby nepřijatý obdrží informaci o alternativních možnostech léčby nebo se vrací k odesílajícímu odborníkovi);

#### **předpokládáme**

- . osobní objednání se pacientem k vstupnímu vyšetření (na uvedených tel. číslech každý všední den 8-12 a 13-16);
- . stručný popis dosavadní léčby a odůvodnění léčby navrhované: tady vítáme osobní předjednání předpokládaných léčebných postupů.

#### **zajišťujeme**

- . první kontakt (v jehož rámci jednáme s pacientem o indikaci, o formách a je-li shoda, pak i o zahájení psychoterapie) max. do 3 týdnů od objednání;
- . ambulantní péči klientům v denním stacionáři (PN, příp.i nezbytnou medikaci) po dobu trvání terapeutického programu;

#### **jsme smluvním partnerem**

- . VZP (111); OZP (207); ČNZP (222); ZP MVČR (211); Vojenské ZP (201); ZP Škoda (209).
- V současné době – poté, co se naše středisko personálně posílilo a rozšířilo, můžeme nabídnout volné termíny i v individuální psychoterapii pro dospělé pacienty a pro adolescenty.***

*Těšíme se na spolupráci s Vámi,*

*za Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, s.r. o.*

*PhDr Karel Koblíček, jednatel a ředitel.*

## Jan Řehák, MUDr.: Jak může pracovat s psychosomatickým konceptem praktický lékař

Dovoluji si Vám předložit záznamy z prvního sezení s pacientkou, jejíž symptomy prodělávají určitý vývoj i cykličnost a já předpokládám, že se s ní na „somatickém“ poli (a doufám i v jiném kontextu) jistě ještě několikrát setkám.

Je to příběh 38-té ženy (P) s děsivými sny. Poprvé jsem se s ní setkal koncem r.2001, kdy za mnou přišla k provedení předoperačního vyšetření. Tehdy podstupovala gynekologickou operaci, tzv.konizaci („zkrácení“) děložního čípku. Již za necelé 3 měsíce po operaci se setkáváme znovu, tentokrát ji trápí bolestivé polykání a na bolest si stěžuje při každém pohybu hlavou. Bolest jí v noci budí, silně se potí, v objektivním nálezu je u ní kromě palpační citlivosti na krku a teploty patrná i velká úzkost. Jelikož se obávám prudkého zánětu štítné žlázy, s nasazeným antibiotikem jí odesílám ke kolegyni endokrinoložce, která jí posléze nasazuje také Prednison (kortikoid-hormon k tlumení zánětlivé a autoimunní aktivity orgánů) a Carbimazol (lék k utlumení nadměrné činnosti štítné žlázy). Po odeznění akutního zánětu se vidíme po 3 měsících. Paní P. mi hlásí, že z původního onemocnění jí zůstal pocit studeného proudu vzduchu při hlubokém nádechu (ochlazení pacientčiny teploty i temperamentu tlumivými hormony?), objektivně je její stav znormalizován. Již o měsíc později mi s jistým ostychem sděluje, že má bolesti v pravém podbřišku. Při obligátní otázce na možné prostydnutí mi říká, že byla s dcerou (15 let) na poznávacím pobytu v Holandsku. Moc se jí tam jinak líbilo, ale byla překvapena „příliš velkou špínou“ v ulicích měst. O pár dní později je potvrzena Dg.zánětu močových cest se spontánním odchodem konkrementu (kamínku). Po „vyprázdnění“ pocítuje tehdy obrovskou úlevu a znovu se vidíme až za 5 měsíců. Přináší mi zprávu od ušního lékaře, kterého vyhledala pro velké bolesti ucha a krku. Závěr:zánět středního ucha a hltanu nebo zánět mandlí se sekundární projekcí do ucha? (obojí možné). Sedimentace je nízká (vylučuje to akutní bakteriální zánět), hladiny hormonů štítné žlázy jsou také v normálních mezích. Přesto P. dále trápí bolesti v krku, zejména po studeném nápoji či po zmrzlině (na tu má jinak hroznou chuť). Mám pocit, že by to možná chtělo homeopatický lék, i vzhledem k tomu, jakým jazykem o svých obtížích vypráví (s přesným popisem pocitů, upřesněním bolesti a právě pro nepřítomnost objektivních známek nemoci). Stav se však náhle rychle spontánně upravuje a další návštěva je až za 6 týdnů, tehdy pro velké bolesti levé tváře a levého ucha (zánět jedné větve lícního nervu dle klinického nálezu). Situace si tentokrát znovu vynucuje antibiotika a analgetickou léčbu. Následně 3 měsíce trvající pocity přetrvávající nedoslýchavosti s bubláním a praskáním v uších jsou pro mě pak již dost hlasitým signálem o tom, že všechny její somatické potíže klasická medicína asi nevyřeší. Pacientka to nejspíše taky sama pocítuje, když projevuje zájem o homeopatickou konzultaci. Říká mi, že již v r.1994, kdy trpěla přes půl roku nespavostí, jí homeopatie velmi pomohla. Ptám se jí, proč tehdy nespala a poprvé se poté dozvídám o jejím velkém nočním strachu při děsivých snech a následném

pocitu úzkosti. Navrhuji udělat si společné sezení a o strachu, snech či úzkosti si promluvit.

Děsivé sny se jí nyní vrátily vlastně po 10 letech. Probíráme spolu časovou osu, překvapivě velmi přesně si pamatuje rodinné události, zejména nemoci všech členů rodiny. V roce 1993 manžel náhle onemocněl melanomem (zhoubný nádor kůže). Uzdravil se poměrně brzy, ale ona sama tehdy prožívala velmi dlouho intenzivní pocit strachu a obavy o budoucnost rodiny. Objevila se u ní nespavost, pokud přeci jen usnula, tak se vzápětí budila s hrůzným pocitem, že má v posteli hada. Další sny se týkaly tématu pronásledování a nemožnosti osvobodit se útekem. Kromě hadů se bojí taky pavouků. Ptám se, co by pro ní ta stvoření mohla představovat. P. říká: „Je to možná symbol něčeho zlého, něčeho co přijde náhle a zákeřně, takže se člověk nemůže ani bránit!“. Dozvídám se, že otec jí zemřel na nádor plic a žaludku, když byla ještě malá. Daleko více jí ale zasáhla matčina smrt v r.1986 (zhoubný nádor ledviny). Do r.1980 žily jen spolu (starší dcery se z domu odstěhovaly) a P. říká, že mezi nimi byl velmi hezký vztah. Ráda na své dětství vzpomíná, s radostí mi vypráví, jak jí maminka dobře „opečovávala“, a jak společně pečovali i o vztah (často si před usnutím spolu vyprávěly, chodily do divadla nebo na hudební představení). V patnácti letech od matky odchází na internát a tím pro ní vlastně dětství končí. K matce měla ze všech sourozenců jako ta nejmladší nejbližší. Po studiu na střední škole jsou sice ještě krátce spolu, pak se ale provdává a stěhuje 100km daleko od rodného města. Po 3 letech (1986) matka umírá („opuštěna všemi?“). Svým sestrám dodnes nemůže odpustit to, že za matkou před její smrtí nejezdily na návštěvy častěji. Velmi si tehdy uvědomovala, jak maminka v rodném domě na Moravě zdravotně chřadne a taky vnímala proměnu jejich vztahu, cítila, že už není tak těsný jako dříve... (cítila za to vinu?).

S dcerou se snaží vytvářet podobně hezký vztah, jaký měla s maminkou, vlastně to skoro cítí jako svou povinnost a za život dcery cítí velkou zodpovědnost. Před 4 roky manžel znovu náhle onemocněl. Měl velké bolesti na hrudi a zjistili mu vysokou hladinu Kortizolu (hlavního hormonu nadledvinek, který je důležitým hormonem metabolismu). V noci se často budil a třásl se (strachem?). Opět prožívala pocity ohrožení své rodiny. Manžel se ale „naštěstí“ rychle uzdravil a její obavy tak vymizely. V téže době měla několikrát za sebou infekce močových cest (z vyčerpání?) a následně se na děložním čípku rozvinul nále, jenž gynekolog doporučil operačně odstranit.

Ptám se na nemoci v rodině obecně. Kromě nádorového onemocnění obou rodičů mají všichni 3 sourozenci (bratr a 2 sestry) chronický zánět ledvin (zřejmě konstitučně geneticky podmíněný deficit), obě starší sestry jsou po operacích děložních myomů (nezhoubné nádory dělohy).

Vracíme se zpět k pacientčině zakázce, tedy k současným potížím, tj. děsivým snům, po kterých se vždy ráno cítí nervózní, nevyspalá a unavená. Kromě již přítomných strachů z minulosti (pavouci, hadi a pocity pronásledování) se ve snech čím dál více objevuje matka. Nevidí jí přímo do tváře, vidí pouze její stín nebo jen cítí její blízkost. Vnímá to jako její podporu a pokus o sdělení poselství. Objevil se i sen, ve kterém matce „běhla“ její kosti peroxidem vodíku (snaha o očistu?). Pocity

viny při tom neměla, jen tomu nerozumí. Taky si všímá, jak je více citlivá na hluk a hlasitou hudbu (jinak hudbu a obzvláště vážnou miluje). V noci se s pocitem neznámého zvuku probouzí a pak se jde i podívat k dceři do pokoje. Stále jí něco nutí dceru sledovat a hlídat, aby se jí nic nestalo. Ptám se, zda-li se něco takového v minulosti přihodilo, co by její obavy mohlo neadekvátně zvyšovat. Sdělila mi, že krátce po smrti matky (v té době s přítomnou nespavostí, dceři bylo něco přes rok) se na dceru vybil horký čas a způsobil jí popáleninu na levé ruce, která se zahojila s velkou jizvou. Stalo se to chvilkovou nepozorností (možná vteřinovým spánkem po probdělých nocích?) a dodnes si to při pohledu na postižené místo vyčítá. Uvědomuje si, že se s tím nedokáže vyrovnat (silný pocit viny) a nic platné není ani opakované ujišťování dcery, že jí ta jizva vůbec nevadí (vyrůstala s ní a svým způsobem jí má ráda) a žádné psychické trauma jí nepůsobí.

Ptám se, zda měla po smrti matky možnost se k někomu citově přiblížit (kromě vlastní rodiny).

**P:** „Ano, měla jsem velmi ráda manželovu babičku. Často jsme si spolu povídaly. Chodím za ní stále na hřbitov a vyprávím jí o svém životě. Hrozně se mi tím uleví. Po smrti matky jsme se spolu sblížily. Někdy mi je líto i to, že k ní bližší vztah neměl můj manžel.“

Znovu připomínám téma strachu a zajímám se, co pro ní strach vlastně znamená.

**P:** „Je to pocit, který mě velmi svazuje a omezuje!“

Já: „A čeho se bojíte nejvíce?“

**P:** „To nevím, největší strach mám asi z toho, že se stane něco, na co předtím myslím. Už jsem to několikrát zažila, naposledy, když švagr chtěl, abych mu pochovala dvojčata. Měla jsem předtím velmi intenzivní obavu, že je upustím a strachem jsem pak sotva dýchala.“ (anticipační úzkost pod vlivem předchozího prožitého traumatu-opaření malého dítěte).

Na závěr našeho povídání (v červnu 2003) se velmi omlouvá, že mě zdržela. Je ráda, že si se mnou mohla povídat, neptá se ani na možnou léčbu. Slibuji jí, že se sám ozvu, pakliže přijdu na nějaký vhodný lék, zároveň jí nabízím další možnou konzultaci. Nyní si myslím, že zbavit paní P. rychle projevů strachu bez hlubšího vysvětlení jejich významu a původu by bylo nesprávné, byť se jeden rostlinný a hadí homeopatický lék nabízí více než nápadně.

### Hypotézy:

Strach je u pacientky velkým tématem a možná je i tématem dalších členů původní rodiny. Rakovinné onemocnění rodičů a chronické záněty ledvin všech dětí dávají tušit, že nemoci u nich stojí na velmi hlubinné úrovni a energeticky tak jejich organismus velmi vyčerpávají. Obával bych se nádorových projevů obecně, skoro bych hypotetizoval i o špatném genu, který se v případě souhry různých okolností může u každého projevit. Akutní záněty močových cest také můžou představovat jeho mírnější projevy s „povrchnější“ lokalizací, chronické ledvinové onemocnění (přetížení exkrečního orgánu a zhoršená schopnost zbavovat se



toxických substancí) však už může znamenat sníženou odolnost organismu a posléze riziko vývoje závažnějších onemocnění.

Myslím, že dalším (byť pacientkou nevysloveným) strachem je strach z nemoci. Je u ní přítomen možná už od útlého dětství, kdy na nádor umírá její otec. Rakovina vždy nahání strach a její přítomnost u členů rodiny může vlastní obavy akcelarovat. Somatická medicína paní P.dává navíc zapravdu tím, že jí odstraňuje prekancerózu z děložního čípku. Odstraněn je nemocný orgán, ale nikoliv strach z nemoci jako přítomný psychický fenomén. Strach z hadů a z pavouků může být tak symbolicky spojen se strachem z vážné nemoci, z rakoviny jako takové. Strach může být až paralyzující (nedá se před pronásledovatelem utéci) a dává P. signál, že před touto nemocí není úniku.

V jakémsi protipólu (k zákeřné nemoci) a možná i s takovou zvláštní hrdostí tu stojí prezentovaná mravnost, okázalost, elegance, čistota a spořádanost. Vystupování P. je velmi kultivované, mluví spisovně a ráda s nadšením hovoří o své zálibě k hudbě. V nadneseném duchu lze i oblibu vážné hudby považovat za určitý sklon k religioznosti či k prostředku očisty vlastní duše. Hodiny způsobného chování a vystupování dostává podle vzoru matky i její dcera.

O strachu (straších) matky nevím sice nic, předpokládám ale, že právě jejich těsný vztah mohl představovat jakousi ochranu před strachem ze všeho nebezpečného pro obě.

Historie P.nemoci pak z tohoto pohledu představuje somatizovaný strach. Po odnětí děložního čípku (po manželově náhlém onemocnění, kdy nebylo jasné o jak závažnou nemoc se jedná) přichází zánět štítné žlázy. Jistě není pouhá náhoda, že je to právě orgán na krku ( místo vnímání strachu), který předvádí všechny známky akutního zánětlivého onemocnění (bolest, teplota, pocení, citlivost na dotek-uchopení krku!). Tehdy možná i zmínila obavu z vážného onemocnění ale já se jí to snažil rychle vyvrátit. Rychlé utlumení příznaků nemoci (jak je v podobném případě povinností lékaře) jí přineslo vymizení bolestí a stavu excitovanosti a zmírnilo částečně i strach. Kortikoidy tehdy nasazené jí dodaly i tolik potřebnou energii (záněty obecně a zejména pak záněty štítné žlázy jsou po energetické-metabolické strance velmi náročným procesem). Strach jako stále přítomný fenomén však nezmizel, ve své mírnější podobě se opět objevil jako zánět močových cest s odchodem močového kamínku po pobytu v Holandsku (zklamání a obava ze špíny měst). Často se opakující infekce močových cest dávají možná zprávu o tom, že energetická rovnováha organismu je opakovaně narušována.Ke strachu z „nečisté nemoci“ pak přistupuje ještě druhý aspekt-vtíravé pocity viny.Nešťastné zranění dcery je událost, která odpovědnost za vše dobré a zlé na velmi dlouhou dobu fixuje, pacientka sama není schopna „se vyvinít“, což ale také může svědčit i o nepřijetí nemoci jako fenoménu samotného(nemoc jako nutné a nepohodlné zlo). Jizva na ruce trauma stále připomíná a nutí P.být ještě více opatrnější a obezřetnější. Že jí to pak v konečném důsledku ještě více vyčerpává je logické.

Nemoc vždy přichází do jejího života jako temný plíživý stín, obtížná životní situace, s kterou se těžko vyrovnává. Ohrožuje funkčnost celé rodiny. Je u ní cítit

silná vazba na blízké členy rodiny. Možná jako nevědomá ochrana proti Strachu, emoci, která je-li nezvládnutá, může vyvolat i závažné onemocnění. Hovory se zesnulou babičkou manžela jí pomáhají zbavit se úzkosti a obav. Komunikace a společnost s blízkým člověkem jsou pro P. velmi důležité a představují tak asi nejdůležitější abreaktivní léčebný prostředek proti strachu. Neměl jsem možnost vidět manžela, ale je možné, že on tuto potřebu dostatečným způsobem nespĺňuje (sám při nemoci prožíval možná taky velký strach, pozn.v noci se budil a celý se trásl) a miasma (myslím tím daný způsob reagování na nemoc) strachu pohltilo i jeho samotného.

Můžeme se ptát, proč se u ní téma strachu znovu intenzivně objevuje právě nyní? Z pohledu rodinné terapie můžeme spekulovat o tom, že dcera (je jí skoro 17 let) se možná pokouší poprvé o oddělení a P. si prvně bolestně uvědomuje, že i ona zůstane „opuštěná“ (jako matka). Možná tehdy sama ve svých 18-ti letech zůstala nedosycena a cítila svoji vinu za to, že svým odchodem velmi ublížila matce (i sama sobě). Lze tedy očekávat, že sociální separaci své dcery bude bránit a neprožije jí snadno. Zvýšená starostlivost jí ale úzkost z oddělení od dítěte nesníží, proto se tato obava přenáší i do jejích snů a možná podvědomý strach ze separace bude tak silný, že vyvolá i další nemoci. To, že se ve snech začala nyní objevovat právě matka, může blízkost porodu signalizovat. Úzkost se mísí i se strachem z případné nemoci (po svém odchodu její matka přeci onemocněla). Morbidní sen o čišťení matčiných kostí (od zbytků tkání) může symbolicky představovat způsob, jak hrozbu nemoci zastavit. Jedině odvážný pohled nemoci do tváře a její přijetí může snížit strach samotný.

I když hodně z tohoto může probíhat nevědomě, její vlastní náhled na možnou emoční příčinu nemoci (poprvé začala otevřeně mluvit o svém strachu a ne jen o tělesných symptomech) mi otvírá nový prostor komunikace a možné intervence, než je ono úzkostlivé potlačování ohrožujících symptomů, jak jsem jí ještě před necelým rokem stále s nejlepšími úmysly nabízel.

Téma strachu může být příčinou mnoha akutních nemocí, které pak pacient může prožívat emočně s velkými obavami. Závažnost příznaků zároveň angažuje i lékaře v tom smyslu, že se snaží ohrožující symptom dostat co nejdříve pod kontrolu. Chronické onemocnění pak z tohoto hlediska může znamenat, že mnoho akutních nemocí bylo rychle léčeno (a jistě správně), lékaři ani pacientovi ovšem nebylo umožněno příznakům více porozumět. Jistě stále platí, že u mnohých diagnóz je tento postup více než účelný a opačný postup by byl nebezpečným experimentem. Přesto by jistě mnohdy bylo užitečné mít možnost, chuť a odvahu pacientovi prostor pro vyjádření pocitů v nemoci poskytnout.

Jan Řehák, 31.8.2003

# Dana Hajná (Pětivoká) PhDr.: Jak se pracuje u Steva de Shazera?

## ÚVOD

V roce 1995/96 jsem se účastnila semináře Rodinná terapie, který vedla Agnes Justen-Horstenová. Velmi silně na mě zapůsobil videozáznam konzultace Steve de Shazera z jeho návštěvy v Praze v roce 1992. Tam byl můj začátek zájmu o terapeutické myšlenky Steve de Shazera. Měla jsem možnost zúčastnit se výcviku Terapie zaměřené na řešení v Německu (Bremen 1996, lektoři Insoo Kim Bergová a Steve de Shazer). V září 1996 jsem odjela do státu Wisconsin v USA, kde jsem se znovu setkala s Insoo Kim Berg a Steve de Shazer. Zúčastnila jsem se také konference Narativní přístup versus Terapie zaměřená na řešení za přítomnosti Michaela Whitea a opět Steve de Shazera.

## BRIEF FAMILY THERAPY CENTER - POPIS PRACOVIŠTĚ

Centrum krátké rodinné terapie v Milwaukee (Wisconsin, USA) - dále BFTC je neziskové, výzkumné a vzdělávací centrum. Bylo založeno v roce 1978 terapeuty **Steve de Shazer** (sociolog) a jeho ženou **Insoo Kim Bergovou** (sociální pracovnice). Model, který odsud pochází je znám jako **terapie zaměřená na řešení** ("solution focused therapy"), nověji „terapie zaměřená na rozvíjení řešení“

## HLAVNÍ PRINCIPY TERAPIE ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ

Hlavní principy terapie zaměřené na řešení jsou:

- Zaměření na řešení, ne na problém

Shazer nejdříve nevěděl o činnosti MRI, pak zde nějaký čas pracoval (1969-1972) a nechal se modelem MRI inspirovat. Stejně jako v MRI v terapii zaměřené na řešení otázkou není „Proč“, ale „Co, Kdo, Kde, Kdy, Jak“. Každé vysvětlení může být svým způsobem pravdivé, proto je lepší zaměřit se pouze na popis. Zatímco v MRI terapeut pracuje na tom, aby zjistil co nejvíce podrobností kolem problému, jehož řešení se snaží nalézt, Shazer si myslel, že je dobře, když je problém nejasný a nesnažil se ho objasňovat, naopak se ho pokouší znejasnit co nejvíc, což často mělo za následek to, že klient popisuje problém jasně a napadají ho i nějaké nápady na řešení.

- Existuje vždy nějaké řešení

Lidé dělají mnoho věcí, které nemají žádný smysl. A přesto je dělají. Nacházejí pro to různá vysvětlení, výmluvy, principy a nejpodivnější nápady, proč to nemůžou dělat jinak. V BFTC věří, že vše lze dělat také jinak. Ve své práci se zaměřují hlavně na „složitě“ případy, např. práce s bezdomovci.

- Problém a řešení spolu vždy nemusí souviset (princip cirkularity ne kauzality)

Kuřák, který kouří jednu cigaretu za druhou, nemusí mít žádný důvod ke kouření (orální libost, nervozita atd.) a jediným jistým důvodem, že si zapálí další cigaretu je to, že dokouřil předchozí. Stejně tak podle tohoto konceptu terapie zaměřené na řešení „anorektičtí klienti“ jsou lidé, kteří nejí, „alkoholici“ lidé, kteří konzumují více alkoholu, než si ostatní myslí, že by měli, „agorafobičtí klienti“ jsou lidé, kteří nechtějí chodit ven. Terapeut se nezajímá o to, proč klient určité věci dělá, protože to nelze nikdy vědět. Stejně tak terapeut nemusí vždy porozumět problému, aby byla terapie úspěšná. Hledání řešení není vázané na samotný problém.

- Jednoduchý způsob řešení je často nejlepší

Není třeba vytvářet složitá řešení tam, kde stačí jednoduchá.

- Klienti mohou řešit své problémy rychle

Podle Shazera (1985) úspěšnost Centra krátké rodinné terapie je 72%, průměrný počet setkání je 6.

- Terapie je zaměřena na zdroje a schopnosti klienta

Je to model terapie, kdy není třeba klientům říkat, co mají dělat. Při práci s tímto modelem lze reagovat na to, co klienti dělají, je tam spolupráce. Pracuje se společně, aby terapeut zjistil, co klienti dělali a dělat to znovu. Klienti jsou považováni za řešení. Terapeut se neptá, zda mají nějaké schopnosti, ale jaké schopnosti mají.

- Zaměření na přítomnost a budoucnost.

Není třeba znát minulost pro řešení aktuálního problému (souvisí s principem cirkularity, podle kterého změna může být udělána kdykoliv a nemusí souviset s příčinou vzniklou v minulosti)

PRŮBĚH TERAPIE

Shazer a Molnar (1984, 1987) objevili, že mezi prvním telefonickým kontaktem a prvním terapeutickým setkáním dochází u klienta ke změně problému. Klienti jsou často schopni popsat změnu, která proběhla během jednoho až pěti dní. Ve většině případů pokračuje změna problému směrem, co klient chce, aby pokračovalo. V terapii potom jde o udržení tohoto směru.

Terapeutické setkání je rozděleno na dvě části přestávkou. Podle Shazera (1985) využití týmu je užitečné pro výzkum a výcvik, ale prakticky nemění to, jak pracuje samotný terapeut. Tým je užitečný, ale není nezbytný pro práci terapeuta. I když není tým přítomen, tak terapeuti dělají přestávku, během které formulují **zprávu** pro klienta. Po přestávce (asi 10 minut) je klient nejdříve pochválen. Tyto komplimenty nemusí vždy souviset s problémem, kvůli kterému klient přišel (zájem o manželství, zájem o dítě, milý úsměv...). Zásady pro zprávu jsou následující:

- souhlasit s klientem - podle „zákazník má vždy pravdu“
- podpořit klientův cíl
- používat klientův jazyk - sledovat alespoň tři slova, která klient často používá
- zdůraznit, že teď je správná doba pro terapii
- hodně přímých i nepřímých komplimentů

Součástí zprávy může být zadání domácího úkolu. Překvapením v roce 1982 bylo také to, že splnění nebo nesplnění domácího úkolu neznamena úspěšnost nebo neúspěšnost terapie. Podle Shazera (1985) je to zpráva o tom, jaký je vztah mezi terapeutem a klientem.

## CÍL TERAPIE

Shazer (1985) se detailněji věnuje otázce **definování cíle terapie**. Ukázalo se, že klienti mají jiná kritéria pro hodnocení úspěchu terapie nežli terapeut. Otázka cíle terapie je bezesporu důležitá. Terapeuti často mají jiná očekávání nežli klient. Na začátku terapie je tedy třeba co nejpřesněji definovat cíle. Pokud se terapeut klienta přímo zeptá, co chce, tak s velkou pravděpodobností dostane odpověď „Nevím.“. To je nejčastější odpověď. Klienti mají jen vágní představu o tom co chtějí. Podle Shazera (1985) pouze 1/3 klientů je schopna určit svůj cíl při prvním setkání. Shazer se svými kolegy se tedy snažil o to, aby klientům pomohl najít odpověď na otázku, co chtějí. Ptali se stále klientů, jak to poznají, že terapii už

nepotřebují. Klienti odpovídali, že to prostě budou někde uvnitř cítit. Pro terapeuta však toto nebyl dostačující cíl. Rovněž klienti říkali, že když se budou cítit lépe, tak to ostatní lidé v jejich okolí poznají. Pokud to nepoznají, tak je vylepšený stav jen nestálý.

Podle Shazera a kol. (1988) cílem terapie není zvýšit emocionální vědomí problému, nýbrž změna postavení k problému, jde o to vytvořit „nový význam“. Pro klienta je lepší mít malý cíl a tak vyvolat změnu. Například klient s rakovinou může mít velké plány, jeho onemocnění mu však znemožňuje jejich uskutečnění. Za daných podmínek jsou jeho cíle příliš velké.

Základní charakteristiky cíle podle Shazera (1996) jsou:

- Cíl má být raději malý nežli velký
- Cíl má být srozumitelný klientovi i terapeutovi
- Cíl má být konkrétní, specifický a v pojmech chování
- Cíl má být dosažitelný
- Cíl má být vnímán klientem jako vyžadující jeho vlastní úsilí
- Cíl má být popsán jako „začátek“ ne „konec“ něčeho
- Cíle mají zahrnovat i jiné lidi (interakčnost cíle)

## TERAPEUTICKÝ VZTAH

Terapeuti praktikující terapii zaměřenou na řešení nepoužívají diagnostické pomůcky. Vytváření diagnostických kategorií jako nezávislé reality je považováno za vytváření patologie. Na workshopech (Shazer, 1996) se občas vtipkuje, že jedinou kategorií, kterou terapeuti v BFTC uznávají je „neví jak dál“.

Pracovníci BFTC věří ve schopnosti klienta a neodmítají žádný typ klienta. Shazer (1996) rozlišuje tři typy klientů podle terapeutického vztahu:

### Zákazník

Během setkání klient společně s terapeutem dojednávají obsah a cíl spolupráce, tj. společně vytvoří zakázku. Takový typ klienta se aktivně účastní na procesu řešení. Klient typu zákazníka je ideálem každého terapeuta. Klient chce něco učinit, hodně toho už vyzkoušel a teď neví, jak dál. Občas může za všechno vinit rodiče, dětství atd., ale v zásadě chce nést odpovědnost za změnu budoucnosti. Protože je klient připraven hledat řešení, změny mohou být velmi rychlé a zřetelné.

### Návštěvník

Dlouho se nedaří klientovi společně s terapeutem určit potíže či cíl, na kterých by měli pracovat. Klient opakovaně tvrdí, že žádný problém nemá a pokud nějaký existuje, tak je to problém někoho jiného. Klient typu návštěvníka nevidí žádný důvod pro hledání změny.

Bergová (1996) uvádí následující otázky užitečné pro dojednávání cílů s lidmi, kteří nepřišli do terapeutického zařízení dobrovolně, ale byli někým posláni.

- Od koho vzešel nápad, že máte být právě tady?“ Kdo řekl, že sem máte jít? Kdo zařídil, že jste zde? Co ho přivedlo na myšlenku, že byste měl přijít sem? Co si myslí, že je příčinou Vašeho problému? Jak poznáte, že už jste udělal dost?“ Jak se pak změní Váš život? Co bude ve Vašem životě, co dnes není? Kdo si první všimne nových změn? Co by ho přesvědčilo, že už sem nemusíte chodit? atd.

### Stěžovatel

V průběhu setkání je terapeut společně s klientem typu stěžovatele schopen identifikovat obsah a cíl terapie. Nejsou však schopni dojednat kroky, které by klient potřeboval učinit k dosažení cíle. Klient sám sebe nevnímá jako nositele řešení nebo je přesvědčen, že řešení záleží na jiné osobě. Klienti typu stěžovatel obvykle dovedou podat přesný a detailní popis vzniku, vývoje, projevů a důvodů potíží, dokonce dovedou i poukázat na to, co by se mělo udělat, ale současně s tím sami nic dělat nechtějí. Tito klienti nespojují sami sebe s příčinami problému. Často se vidí jako oběť problémů jiných lidí a řešení je podle nich na někom jiném. Terapeut tak nabízí možnost, že také klient může situaci ovlivňovat (změnit stížnost na zakázku).

Tyto definice nejsou charakteristikami klientů, nýbrž jakýmsi návrhem, jak lze přemýšlet o terapeutickém vztahu. Klienti mohou své role také často měnit.

## ÚČINNÉ PRVKY ROZHOVORU

### Výjimky

Terapeuti praktikující terapii zaměřenou na řešení jsou přesvědčeni o tom, že lidé mají ohromné zdroje, kterých využívají jen v některých situacích. Terapeut se neptá: „Máte nějaké schopnosti?“, ale „Jaké schopnosti máte?“. Ať už v určité



oblasti nebo i v souvislosti s problémem, jsou prostě chvíle, kdy klient zvládá problém efektivněji. Jsou různě dlouhé okamžiky, kdy se např. „depresivní“ jedinec cítí méně smutný, „stydlivý“ člověk je schopen mluvit s cizími lidmi, „bulimický“ jedinec je schopen se ovládnout, „problémový“ piják pije méně atd. Tyto **výjimky** jsou obvykle spojeny s dalšími změnami v chování, myšlení a pocitech. Podle Shazera (vychází tak z Batesona) je hlavním úkolem terapeuta pomoci klientovi rozpoznat a označit rozdíl, výjimku, která již nastala a použít ji jako základ pro vytvoření trvalejšího „rozdílu, který tvoří rozdíl“. Hledání výjimek z problému Shazer (1996) vztahuje k roku 1982 („Solutions since 1982“).

Podle Shazera a kol. (1988) jsou **výjimky** dvojího druhu: záměrné a náhodné. Záměrné výjimky jsou situace, kdy je klient schopen přesně popsat způsob, jak tato výjimečná situace vznikla. Náhodné výjimky jsou situace, kdy klient neví, jak toho dosáhl. Úkolem terapeuta je, aby na tyto situace klient zaměřil pozornost a získal kontrolu nad tím, kdy budou výjimečné situace vznikat. Při tom je třeba popsat výjimky v pojmech chování.

#### Zázračná otázka („miracle question“) –r.1984

„Představte si, že dnes v noci, až usnete, se stane zázrak. A tak až se ráno probudíte, ty problémy, se kterými jste dnes tady, už více nebudou existovat. Takhle! (lusknutí prstů) A jelikož zázrak se stane, zatímco jste spal(a), tak nevíte, že se stal. Podle čeho poznáte zítra ráno, že se zázrak skutečně stal?“

Variace zázračné otázky mohou být: „místo problém byl vyřešen“ ... „jste na cestě k řešení“, „kdybych byl moucha na stěně, nebo kdybych to celé natáčel na video, tak bych viděl...“, pro děti: „kdybych udělal kouzlo a problém zmizel“, „kdyby tohle bylo naše poslední setkání a vy dnes odcházíte s vyřešeným problémem.“ Zázračná otázka nevyžaduje vysvětlení, klientovi je dovoleno, aby si představil řešení odděleně od problému. Není vždy nutné vědět, jak problém řešit podle běžného logického uvažování. Zázračná otázka pomáhá klientům objevovat nové možnosti, protože se zaměřuje na to, co klient chce (ne na to, co nechce). Zázračná otázka je otázkou neobvyklou. Její účinek často terapeut zvyšuje tím, že řekne, že se bude ptát na něco zvláštního. Rovněž terapeut požádá klienta o svolení, aby mohl otázku položit. Pozornost klienta dále udržuje tím, že mluví pomalu a dělá krátké přestávky, během nichž buduje „yes set“ (odpovědi typu „ano, souhlasím“).

Samozřejmě, že klienti mluví o výhře v loterii a podobných nepravděpodobných událostech. Avšak ptá-li se terapeut dál, klient popisuje změnu

ve všedním každodenním životě. Shazer se často ptá „A co ještě?“ a tím pomáhá klientům najít detailnější odpověď. Někteří klienti popisují absenci problému, pak se terapeut může zeptat: „Co budete dělat, když ne...?“ Někteří klienti popisují změnu ve svých pocitech a tak se terapeut ptá: „Když se cítíte....., co budete dělat?“ Někteří klienti popisují změnu v chování druhých a pak je možné se zeptat: „A co budete dělat vy, když se on změní...?“

Po té, co si klient představí situaci, kdy se odehrál zázrak, terapeut zjišťuje, co už klient z uvedeného dělá. Ptá se „Kdy se děje alespoň část zázraku?“ „Co je pak jiné? Kdo dělá co, komu a kde?“ „Co budete muset dělat, aby se části zázraku objevovaly častěji?“ Zázračná otázka tady může být doplněna škálovacími otázkami. „Když 10 je hodnocením dne po zázraku a 1 pro stav, kdy jste se rozhodl pro terapii, kde jste dnes?“ Postupně je vytvářen spojovací most od představy zázraku k vytváření postupu terapie.

S technikou zázračné otázky úzce souvisí tzv. zázračná intervence. „Chtěli bychom, abyste do příštího setkání předstírali, že zázrak, o kterém jsme hovořili, se už stal. A abyste pozorovali, jak na to reaguje Váš partner. Každý z Vás si k předstírání vybere dva libovolné dny a ten druhý bude mít za úkol poznat, o které dva dny se jedná. Nemluvte spolu o Vaší volbě, ani o svém pozorování, jen si to zaznamenejte.“ Podle Shazera (1994) není nutné samotné předstírání, ale to, že si jeden o druhém myslí, že ten druhý předstírá a tak se sám chová jinak. To jak druhého vidíme mění i naše chování.

### Komplimenty

Účelem této intervence je, aby si klient všiml, co dělá dobře, co se mu povedlo. Komplimenty mohou být přímé, tj.vyjádření o něčem pozitivním ve vztahu ke klientovi. Např. „Líbí se mi, jak se oblékáte. To je moc hezké!“ Často jsou užívány také nepřímé komplimenty. Př. „Jak se Vám podařilo všechny uklidnit?“ „Kdy jindy jste využil své schopnosti uklidnit druhé?“ Důraz je kladen na to, aby terapeut používal stejná slova jako klient. Do nepřímých komplimentů jsou často zahrnuty jiné osoby. Je třeba zdůraznit, že klient nejlépe ví, co dělá a dělá to dobře. Ukázalo se také, že komplimenty pomáhají klientům přijmout zprávu a také zvyšují procento splnění domácího úkolu. Intervenci komplimentů v BFTC začali používat, když jeden klient chtěl vědět, co si myslí ti za zrcadlem. Komplimenty dává jak pozorující tým tak konzultující terapeut. Klienti jsou oceňováni při každé příležitosti, dokonce i když se případ mění ze špatného na horší, může se klientovi

dostat ocenění, že to „není ještě horší“. (Bergová, 1995)

### Škálovací otázky

Škálovacími otázkami terapeut zjišťuje:

#### - rozdíl u téhož klienta

„Na škále od 1 do 10, kdy 10 znamená, že jste si jistý, že tento problém může být vyřešen a 1 vůbec tomu nevěříte, kde se právě nacházíte?“

„Když 10 je stav, kdy všechny problémy, kvůli kterým jste tady, jsou vyřešeny, a 1 opak, kde se nacházíte dnes?“

„Jak poznáte, že jste se posunul z př. 3 na 4?“

„Na té samé škále, kdy budete moci říci, že s tím už můžete žít?“

#### - rozdíl mezi členy systému

„Když 10 je to, že si myslíte, že Vaše manželství může vydržet a 1 opak - kdyby tady byl Váš manžel, co by řekl on?“

#### - zahrnuje hodnocení jiných

„Jak by si lidé z Vašeho okolí všimli, že jste se posunul z př. 4 na 5?“ „Co by bylo jiného?“

Škálovacími otázkami se terapeut ptá:

- Jak si udržíte stav, ve kterém se nacházíte?

- Jak se můžete dostat výš?

Pro většinu lidí je číslo 7 dostatečné, často se na konci terapie dostanou až na 8, ale to už je více než si přáli. Jen málo lidí touží po 10. (Shazer, 1996)

Škálovací otázky jsou velmi jednoduché, užitečné a universální. Podle Bergové (1996) je to pouze tvořivost a fantazie terapeuta, které omezují jejich užitečnost. Škálovací otázky jsou užitečné pro hodnocení procesu, sebevědomí, nadějí, sebehodnocení, investování do vztahu, úsilí o hledání řešení. Škálovací otázky jsou obzvláště užitečné, když je klientův problém nebo cíl nejasný. Škálovací otázky jsou také velmi užitečné, když se několik lidí nemůže na něčem dohodnout. Škála dovoluje klientovi a terapeutovi použití shodného jazyka. Čísla tak pomáhají tam, kde slova nestačí (např. vyjádření pocitů). Škálovací otázky mohou být použity u každého, kdo rozumí, že na škále 1 - 10, 6 je lepší než 5. Na otázku terapeuta, jak klient pozná, že se z bodu 5 dostane na 6, může klient klidně odpovědět: „Prostě se budu cítit více na 6.“ Terapeut se nemusí vůbec dozvědět, co vlastně klient myslí, ale důležité je, že to ví klient. Každá odpověď vyšší než 2 dává terapeutovi a

klientovi vědět, že věci jsou na správné cestě. Podle Shazera (1996) škálovací otázky mohou být efektivní i u dětí, které jsou schopny chápat čísla.

#### POUŽITÁ LITERATURA

Bergová,I.K.:Solution-Focused Brief Therapy with Substance Abusers, In Psychotherapy and Substance Abuse. Guilford Publications, New York 1995

Bergová,I.K.:Workshop - Solution Focused Therapy. Bremen 1996

Shazer de,S.: Keys to Solution in Brief Therapy.W.W.Norton, New York 1985

Shazer de,S., Molnar.: Changing Teams/Changing Families. Family Process, Vol 23(3), str.481-485, 1984

Shazer de,S.Molnar.: Solution-Focused Therapy. Journal of Marital and Family Therapy, str.349-359, 1987

Shazer de,S. Gingerich,J.W., Weiner-Davis,M.: Constructing Change: Research View of Interview. Family Therapy Collections. str.21-31, 1988

Shazer,S.: Workshop - Solution Focused Therapy. Bremen, 1996

PhDr.Dana Pětivoká- Hajná

## Kateřina Hvězdová, PhDr. : Psychoterapie proti teplotám?

Soňa (20let) byla poslána z infekční kliniky na psychoterapeutický rozhovor, dle telef. informace od ošetřujícího lékaře má opakovaně neobjasněné febrilní stavy, patrně je též neurastenická – „potřebovala by si s někým promluvit“.

První sezení proběhlo individuálně s Soňou, kdy jsme kreslili časovou osu (zkráceně přidávám jako úvod do kontextu). Ukázalo se, že horečky začaly v noci po jejích 20tých narozeninách, kdy se viděla na plese se svým vlastním otcem, který již s rodinou nežije. K horečkám se přidaly bolesti nohou a rychlá unavitelnost. Horečky začaly ustávat až po léčbě antibiotiky na infekční klinice, ale znovu ji „vylítly“ po návštěvě doma den po Štědrém dnu a o Silvestra. Od jednoho roku do 6ti let trpěla na chronický zánět ledvin. Asi od 9ti let do 13ti měla chronický zánět dutin, časté bolestivé punkce, později problémy s dýcháním (pocit nedostatku kyslíku, zrychlené dýchání) – asi alergie, s testy však na hranici. Má ještě další dvě sestry, ona je nejstarší, nejmladší sestra má jiného otce, který žije společně s rodinou. (Všechny dcery po porodu onemocněly na zánět ledvin, ačkoliv se potíže s ledvinami v rodině generačně nevyskytovaly, matka až při porodu poslední dcery, s ledvinami onemocněla také – odumírají jí ledvinová klubička?). Vlastní otec měl problémy s alkoholem, často chodil domů opilý, bil matku a také i ji, když se postavila mezi ně a snažila se matku bránit. Rodiče se rozvedli – to jí bylo asi 7 let. Otec o ně nikdy nejevil větší zájem, spíš o její mladší sestru (Ninu), ji samotnou však zcela odmítá. Když se třeba náhodou potkají na ulici, tak se otec raději otočí zády. Pamatuje si, že v jejích asi 8mi letech jí otec při jedné návštěvě řekl, že je stejná kurva jako matka. Uvědomuje si, že všechno se stahuje do jednoho bodu – a to je ten špatný vztah s otcem. (V současné době chodí 4 roky s přítelem). Věděla, že o tom bude muset mluvit, i když se toho bála. Snad by jí i stačilo, kdyby jí otec alespoň vzal na vědomí. Ty horečky s tím určitě můžou mít něco společného, už třeba i jen to, že ten problém může horečky prodlužovat. Horečky jsou prý o tom, že člověk nemůže v sobě něco odpustit....

### 1. Rodinné sezení (Soňa a matka)

Soňa přichází s matkou. Matka se snažila zapomenout na celé období domácího násilí – moc si toho nepamatuje, zato Soňa si pamatuje hodně, jakoby byla živou pamětí na toto období. Dozvídám se, že mladší dcera (Nina) cítí, že v nynější rodině nemá svoje místo, vlastní otec si zachoval vztah pouze k ní. Nina však zažívá s vlastním otcem zklamání – chtěla odejít od matky, ale otec ji odmítl poskytnout azyl a vrátil ji domů. Matka se snaží chápat (snad i omlouvat) chování bývalého manžela tím, že matka bývalého manžela (tchyně) se pravděpodobně

chovala ke svým dětem nezdravě...ten kdo byl v její přítomnosti byl dobrý, za zády však pomlouvala mezi sourozenci.

Matka také mluví o tom, že v současné době hrozí předčasný odchod mladší dcery (Niny) z rodiny – ona má pocit, že ji matka nemá ráda tolik jako sestru (Nina žárlí, nedovede důvěřovat).

Hypotéza: Primární rodina je jakoby rozštěpená na dvě poloviny – matka s Soňou v těsném vztahu proti Nině s vlastním otcem. Nejhuř je na tom Nina – plave na vodě, k mámě nemůže, protože máma je v těsné koalici s Soňou, k tátovi nemůže – ten už má svou rodinu, je jinde. Nevlastní otec v tuto chvíli stojí stranou.

Matka říká, že se z toho (myslí období domácího násilí) dostala díky tomu, že je optimista a měla velkou oporu ve svých rodičích (o těch ví, že o ně nepříjde) a pak si našla nového partnera. Na špatném se dá najít i dobré. Z této situace „to dobré“ byly ty její dvě dcery, protože je má ráda obě (v tu chvíli pláče) – myslí na Ninu, má strach, že odejde příliš brzy...chtěla by, aby všichni drželi pohromadě semknutí. S Ninou jsou problémy, utíká z domu, má labilní nálady, je zlá (hlavně na Soňu).

Soňa se snaží mámu stále chránit, je to vidět i v sezení, když máma pláče, honem mluví a vysvětluje jak to s tou Ninou je. Soňa má také strašné sny, stále přemýšlí dokola nad problémy, trápí jí špatný vztah se sestrou, to samé se opakuje s její kamarádkou, která ji zraňuje podobně jako sestra. Má také strach, že tím, jak je žárlivá na svého partnera, že o něj přijde. Ty problémy s tátou jsou nyní už v pozadí. Soňa má pořád potřebu mámu chránit, je to z té doby, kdy otec chodil domů opilý a bil jí. To v ní zůstalo i později, když dostávala hysterické záchvaty při banálním konfliktu matky s nevlastním otcem.

Co potřebuje Soňa? Potřebovala by být samostatnější, srovnat vztah se sestrou, nebýt tolik žárlivá.

Co potřebuje matka?. Máma by potrebovala držet rodinu pohromadě.

Hypotézy:

Soňa – zpracování traumatických zážitků z dětství, dnes už nemusí mámu chránit, osamostatňování od mámy, porozumění tátovi?

Máma – patrně svázala ubližování od manžela s Ninou a nemůže teď k ní najít zcela přijímající vztah, a Nina to cítí. Jaký je v podstatě (skrytý?) postoj matky k tomu, že ji muž bil? Je Nina otcí v něčem podobná?

Nina – potřebuje k mámě, mít k ní důvěru

## 2. Rodinné sezení

Máma, Nina a Soňa. Od začátku sezení se opakovaně „roztáčí kolovrátek“ hádek mezi sestrami, konflikt je „žhavý“. Nina zaútočí, Soňa se brání útokem, vysvětluje, že to není pravda, chybu vidí na straně Niny. Máma se po čase přidá na stranu Soni a obě pak usvědčují Ninu z její chyby.

Nina chce jít blíž k mámě, ale má pocit, že se jí máma vzdaluje – po čase říká, že to může být tím, že si tátu pamatuje jako dobrého a chce si v sobě zachovat k němu dobrý vztah, ale mámě táta ubližoval – takže když Nina chce mít ráda tátu, nemůže mít zároveň ráda mámu (jakoby máma nemohla mít ráda Ninu protože Nina má ráda muže, který mámě ubližoval) – jakoby uvnitř musela opustit tátu, aby ji mohla mít máma ráda. Máma se této verzi brání, má pocit, že se to jejich táty už vůbec netýká, že ty konflikty jsou mezi nimi, není ale schopná říct jinou verzi, z čeho ty konflikty pořád rostou. Nina by potřebovala cítit od mámy víc lásky, potřebovala by víc objímat. Máma ale nedokáže Ninu objímat, když Nina vyvolává konflikty a všechny trápí...ale bude to zkoušet. Nina cítí, že máma je se Soňou v silném vztahu – nemůže se mezi ně dostat a proto má pocit, že nemá v rodině své místo, vyvolává konflikty a tím se situace jen zhoršuje.

Soňa potvrzuje, že stále mámu brání. Máma však Soně říká, že to sama unese, že se o ní nemusí starat. Soňa říká, že je to pro ni těžké slyšet, že už ji máma nepotřebuje. Svůj život si představuje tak, že se o mámu bude pořád starat, i když už bude dospělá. Sestře a matce by dala přednost před přítelem, pokud by to bylo nutné.

Domácí úkol pro všechny tři: Nevšímat si toho, co je nežádoucí – neroztáčet kolovrátek hádek a všimnout si pouze toho, co je dobré (tzn. všimnout si a ocenit to, co Nina nebo Soňa udělá dobře a nevšímat si, když jedna nebo druhá začne roztáčet kolovrátek – nebránit se útokem). Máma už nevšímání nežádoucího praktikuje.

Pro mámu je další úkol – obejmout Ninu i v situaci, kdy si to „nezaslouží“ (je to těžký úkol, máma se ale bude snažit). To samé platí i pro Soňu, protože se naučila dostávat lásku jen když si to zaslouží. Obě dcery potřebují dostat lásku i když si to nezaslouží.

Úkol pro Soňu: přestat se starat o mámu, když nastane konflikt mezi Ninou a mámou a nemíchat se do jejich konfliktu. Přestat mámu bránit, máma to zvládne sama.

Následovalo sezení, kdy přišly jen sestry, máma se omluvila, úkoly se snažily plnit všichni, zdá se, že nikdo snahu nebojkotoval. Nina se učí odcházet když se konflikt vyhrotí, nechá to vychladnout a pak se třeba k tomu vrátí. Soňa se snaží do konfliktů mezi mámou a Ninou nemíchat, brzdí se v tom, aby mámu před Ninou chránila – potřeby ochránářství se ale přesunuly na nejmladší sestru (se smíchem o tom svědčí Nina). To, že se Soňa snaží nemíchat do konfliktů Niny s mámou Nina hodně oceňuje, dokonce si sestry nevzpomínají, že by mezi sebou od posledního sezení měly nějaký konflikt. Důkazem zlepšení vztahů je i to, že přišly spolu. Nina také už nemá tak silnou potřebu odcházet z domu, už nemá tak intenzivní pocit, že nemá doma své místo. Nina mluví o tom, že bude patrně víc podobná do otcovi rodiny, protože si umí stát za svými názory, tím se také patrně dostává s mámou do konfliktu. Ukazuje se, že Soňa nechrání mámu jen před Ninou, ale také před sebou, nedovolí si žádný jiný názor, odlišné chování, aby nepřišla o máminu lásku.



Vyplyvá z toho další úkol pro Soňu : učit se od sestry její nezávislost, neseďet pořád doma a nečekat na mámu, jít s Ninou třeba do kina nebo na diskotéku, začít trochu „zlobit“. Nina ji v tom může pomáhat.

Do posledního sezení, přišly všechny tři ženy, které mě už na chodbě ohromily krásou, doslova zářily. Matka si pochvaluje, že se situace v rodině se zlepšila o 80%. Konflikty mezi sestrami se minimalizovali, tak si myslí, že už pro ně dvě (pro sebe a pro Ninu) už není nutné, aby dál chodili do sezení, jen Soňa ještě potřebuje... Soňa vypráví o tom, že už asi od 9ti let se jí v noci „zjevuje“ babička. Soňa se jí bojí. Jako živá byla babička moc hodná, ale když se zjevuje, vidí ji Soňa jako zlou. Dostáváme k minulosti matčiny rodiny....babička (matka dědy) pocházela ze Sudet, kvůli nacistům se odstěhovali na Moravu, kde „osvobozovali Rusáci“ – stávalo se, že drancovali domácnosti a znásilňovali ženy... Matčin otec (babiččin syn) se dal do odboje a pak za komunistů byl asi 9 let vězněn a ve vězení týrán. Stávalo se, že ho tam zbili do krve a jeho zkrvavené šaty posílali babičce domů. Dědovi Soňa ještě neřekla, že se jí o babičce (jeho matce) zdá, mluvíme o tom, zda by mohli jít všichni společně k prababiččině hrobu i s dědou (matka pláče).

Znovu se vracíme k potřebě Soni ochraňovat druhé. Už to není jen na mámu, ale i na jiné lidi kolem. Pro Soňu je těžké vzdát se toho „ochraňování“. Vzniká tak úkol pro mámu a pro Ninu: máma i Nina se budou snažit rozpoznat, kdy Soňa o ni nebo o ostatní neúměrně pečuje, upozorní ji na to a nenechají si to líbit.

Na konci sezení Soňa mluví o tom, co asi mamku našťve....chtěla by si dát piersing do pupíku....

PS: Co se týče horeček...už se neobjevily...zato ale byla Soně diagnostikována borelióza....

V současné době Soňa užívá homeopatika, její potíže s únavou a s bolestmi nohou pomalu ustupují.

PPS: Chci jen dodat, že bych si přála více takových rodin, každý má radost z práce, která se daří. Když jsem se setkávala s touto rodinou, často jsem měla na mysli Satirové kritéria pro zdravou rodinu, jedním z nich je otevřenost rodiny vůči vnějšímu světu. Cení si toho, že mě tyto tři ženy vpustily jako „objektivního pozorovatele“ do svého příběhu a já se mohla naučit něco o „žáru žárlivosti“ v širším kontextu procesu separace.

PPS: rodina souhlasí s uveřejněním tohoto textu.

# HISTORIE OBORU

## **Thore von Uexküll, prof.Dr.med.Dr.med.h.c. : Předmluva k 6.vydání Psychosomatische medizín (2003)**

*Profesor Thore von Uexküll stál v čele týmu, který v roce 1979 vydal významnou knihu Psychosomatische Medizin, se přes svůj pokročilý věk zúčastnil také šestého vydání této respektované monografie v r. 2003. Byli jsme zvědaví, co řekl před tímto posledním vydáním. Jeho text jsme si dovolili přeložit a bez vědomí autora nabídnout čtenářům našeho interního bulletinu. Doufáme, že nám pan profesor odpustí, pokud text pomůže zpevnit sebevědomí těch čtenářů, kteří dosud váhají, zda se vydat cestou psychosomatiky, a nechtějí si hned koupit celou knihu. (5500Kč)*

„V předloze k prvnímu vydání, jež vyšlo roku 1979, byla vytýčena cesta vedoucí k rozvinutí lékařské vědy, která by integrovala somatické, psychické a sociální aspekty. Tím byl zformulován program odkazující do daleké budoucnosti. Následující vydání představují jednotlivá stádia našeho snažení uskutečnit tento program. Nakladatelé přitom museli převzít spíše neobvyklou úlohu: Museli se pokusit autorům speciálních kapitol představit tento teoretický pohled na jim příslušnou oblast tak, aby se pro ně stal přitažlivým. Na tomto místě bychom rádi výslovně poděkovali mnohým autorům, kteří byli ochotni vydat se pro uskutečnění tohoto programu po neobvyklých cestách, a to na jejich vlastní půdě.

Z tohoto – v pořadí již šestého vydání – zřetelně vyplývá, že integrace somatických, psychických a sociálních aspektů musí probíhat „napříč“ k stále postupující specializaci lékařské vědy do jednotlivých disciplín, kterou si vynucuje nárůst vědění o biochemických, molekulárně biologických a technických problémech. Slovem „napříč“ máme na mysli důsledky, které vyplývají z proměny pojmu biologie coby teoretické základny lékařské vědy také pro jednotlivé speciální disciplíny:

Biologie byla v uplynulých letech chápána především jako biofyzika a biochemie a její úloha jako vědy o životních procesech byla do značné míry opomíjena. V druhé polovině 20. století rozpoznávalo stále větší množství vědců, že fyzika a chemie jsou sice důležité, ale nikoli dostačující k tomu, abychom mohli porozumět životním procesům, a že nad tento rámec jsme odkázáni na koncepty nauky o znacích či sémiotiky. Můžeme mluvit o „PC (physics-chemistry)-

paradigmatu“, který musí být rozšířen na PCS (physics-chemistry-semiotics)-paradigma.

Lékařské učebnice musí své čtenáře informovat o pokrocích, které udělal jejich obor od posledního vydání. Naše kniha nechápe lékařskou vědu pouze jako souhrn odborných disciplín, nýbrž také jako produkt naší kultury a jejich vědních oborů. Lékařská učebnice musí také informovat o vývojích, které bývají v medicíně ještě málo reflektovány, jako v našem případě rostoucí zájem o sémiotiku. Klasická medicína zůstává do značné míry ještě v zajetí představ o vědě a vědeckém pokroku, které se opírají o myšlenky 19. století. Kvůli zornému úhlu těchto myšlenek se často zapomínalo na skutečnost, že medicína je věda, kterou vynalezli lidé pro lidi, kteří potřebují lidskou pomoc. Často se také opomíjelo faktum, že tato úloha definuje v každé kultuře zodpovědnost, kterou lékařská věda nese za sebe samu i za svůj rozvoj. Tato úloha požaduje, aby teorie lékařské vědy vycházely z člověka v jeho podstatě, která se nevyčerpává biomechanikou, a dále aby teorie a praxe zůstávaly nedělitelné. Tyto požadavky jsou vznášeny nejenom proto, že nemůže existovat žádná praxe, která se neopírá o teoretické základy, a žádná teorie, která se nemusí zodpovídat v praxi, nýbrž i s ohledem na nebezpečí, že nereflektované teorie vedou k nehumánní praxi. Problematika etiky v lékařské vědě nezačíná teprve v praxi, nýbrž již při ustanovování teorií a definování pojmů věda a pokrok.

V dřívějších vydáních této knihy jsme vycházeli z pojmu „jednání“ a význam znaků, které potřebujeme k orientaci pro naše jednání, jsme popisovali dle Morrisova (1901-1979) konceptu. Jeho tři dimenze: syntaktika jako nauka o znacích a jejich kombinacích, sémantika jakožto nauka o významu znaků a pragmatika coby nauka o jejich účincích, jsou i nadále užitečné. Důvodem, proč dnes vycházíme ze znakové teorie, kterou rozvinul C. S. Peirce (1839-1914), je její schopnost vytvářet základnu pro každou vědeckou disciplínu, a to jako univerzální znázorňovací forma vědění ve fázi jeho vzniku i coby systém.

Pro praxi lékaře z toho vyplývá, že musí výklad symptomů nemoci – chápaných jako funkční porucha uvnitř biomechanicky pojímaného těla – doplňovat výklady, které rozumějí symptomům jako znakům indikujícím ztrátu určité schopnosti „sladňování se“ ve vztahové síti pacienta. Intaktnost vztahové sítě je poté předpokladem pro zdraví každého člověka. Utváření vztahové sítě začíná mezi buňkami a orgány těla a pokračuje ve vztazích pacienta ke svému tělu i sociálnímu prostředí.

Integrované popisy, které překonávají dualismus lékařské vědy orientované na tělo bez duše a psychologie zaměřené na duši bez těla, nemohou a nechtějí nahradit popisy jednotlivých

vědeckých disciplín. Ukazují ale jasně, že vědění vytváří vztah mezi vědoucím a uvědomovaným a tím i individuální skutečnosti. Peircovy univerzální kategorie popisují, jak je uvědomované získáváno a jak vědouceho proměňuje. Tak mohou tyto kategorie napomoci překonat hranice mezi jednotlivými vědeckými disciplínami.

Z historického hlediska je možné rozlišit tři generace utváření psychosomatického modelu. První generace se pokoušela nahradit biomechanickou medicínu psychoanalýzou tak, že se orientovala výhradně na konverzní model. Pro druhou generaci představoval sice zdravý i nemocný člověk jednu psychofyzickou jednotku, z metodického hlediska však tato generace pracovala dualisticky. Ošetření tělesných symptomů přenechávala lékařům specializujícím se na práci s orgány a sama se pokoušela osvětlit průběh nemoci z psychického hlediska, a to pomocí čistě psychoanalytických metod.

Modely třetí generace jsou radikálnější: Živoucí systémy jsou pro ni „jednotkami přežití sestávající z organismu a prostředí“ a psycho-fyzický dualismus je této generaci výrazem skutečnosti, že jednotlivá prostředí jsou tvořena senzoryckými „světy vnímání“, v nichž mohou být potřeby prožívány, a dále pak motorickými „světy účinku“, v nichž mohou být tyto potřeby uspokojovány. Cizímu pozorování je přístupná pouze „strana účinku“, „strana vnímání“ je vnějšmu sledování uzavřena, a tak se nám živé systémy jeví na straně jedné jako „otevřené“ neboli „fyzické“ a na straně druhé jako „uzavřené“ neboli „psychické“.

Tím se stává komunikace mezi uzavřenými systémy určitým problémem. Jeho řešení je předpokladem pro jakýkoli koncept, který vysvětluje, jak vznikají sociální systémy; neboť komunikace je – řečeno Luhmannovými slovy – „autopoiese (jednotka dynamické viskozity) sociálních vztahů“. V medicíně nejde pouze o vytvoření sociálních systémů coby společných skutečností, na jejichž základě se mohou lékař a pacient dorozumívat a navazovat diagnostické a terapeutické vztahy. Jde také o vytvoření řádu pro subsystémy v rámci systémů, jako je tomu u buněk v orgánech, orgánů v organizmech a organismů v sociálních útvarech. Komunikace musí mezi nimi zajišťovat také vzestupné i sestupné efekty a tím zaručovat stabilitu celku.

Tyto teoretické úvahy o psychosomatických souvislostech se zkonkrétnují, pozorujeme-li procesy, které probíhají v říši zvířat současně s úspěchem či nezdarem při utváření sociálních systémů. Dozvíme-li se například, že syntéza kortizonu – potřebná pro přežití zvířete – stejně jako výkonnost imunního

systemu závisí na úspěchu či selhání v jeho sociální integraci, a to znamená v jeho komunikaci s ostatními zvířaty, je zcela jasné, co si musíme představit pod pojmem komunikace coby biologickým děním se „vzestupnými a sestupnými efekty“ v hierarchii systémů a subsystémů živoucího organismu.

První tři kapitoly tohoto vydání se věnují těmto problémovým okruhům a vytvářejí tak rámec pro porozumění kapitolám následujícím: První kapitola „Integrovaná medicína“ přináší teorii integrované lékařské vědy, ve které fyziologické, psychické a sociální jevy vedle sebe nestojí samostatně, nýbrž se navzájem ovlivňují a doplňují. Ve druhé kapitole nazvané „Komunikace“ se popisují postupy, které z tohoto pojetí medicíny vyplývají pro komunikaci mezi lékařem a pacientem. Kapitola třetí – „Sociální prostředí a jeho vliv na zdraví a dobrý tělesný i duševní stav savců“ – pak přibližuje biologické procesy, které je možno pozorovat v říši zvířat a které, jak bylo naznačeno výše, ilustrují teoretický přístup integrovaného pozorování.

Děkujeme paní Elke Klein, paní Dr. Bettina Haake a paní Inge Pfeiffer za péči, kterou věnovaly našemu vydavatelskému počínu. Rovněž děkujeme pánům Dr. Thomas Hopfe a Dr. Burkhard Scheele, kteří mezitím nakladatelství opustili. Jejich nasazení nám poskytovalo opakovaně uklidňující pocit trvalého zájmu, kterým nakladatelství vycházelo vstříc naší práci.“

Ve Freiburgu na podzim roku 2002 *Thure von Uexküll*

Pro [Psych@som](mailto:Psych@som) přeložil bezplatně pan ing. Lubor Špís

## SOUČASNÉ TRENDY

**Jan Poněšický:**

### **Seriál- zásady psychoterapeutického přístupu u psychosomatických pacientů: Díl druhý: Práce na vztahu a přenosová neurosa (u psychosomatických onemocnění)**

*MUDr. Jan Poněšický exklusivně pro PSYCH@SOM*

Kolegové zabývající se psychosomatickými poruchami se v podstatě shodují na tom, že se jedná o zástupnou řeč těla, o alespoň tělesnou reakci, když se životní prostor zužuje (jak na to v minulém čísle Psychosou poukázal M. Konečný). Podobně může jít o zástupné emoční reagování, o tělesně zprostředkovanou komunikaci, zvl. je-li přístup k vlastnímu vnitřnímu světu ztížen či zdeformován výchovou, jak to ve své kasuistice líčí P. Moos, též v minulém čísle Psychosou.

Na adresu fenomenologie a **daseinsanalytiků**, zde M. Konečného, podotýkám, že dnešním psychoanalytikům nejde o kausální vysvětlení (interpretaci) symptomů, nýbrž právě o onu otevřenost, spontaneitu a vytváření nové intersubjektivy ve vztahu. Z kasuistiky P. Moose přímo dýchá jeho angažovanost, jeho snaha, aby se pacientka emočně otevřela, či napřed v sobě vůbec objevila řeč svých emocí. Pacientka se stává autentičtější, ztrácí své symptomy, přesto zůstává na konci terapie cosi nevyjasněného: Ani ona, ani terapeut neví, čím a jak se to událo, tento malý zázrak již není dále rozebírán.

Psychoanalýza a z ní vzešlé Balintovské skupiny se právě těmito jak pozitivními tak i negativními „zázraky“ ve vztahu mezi pacientem a terapeutem zabývají. Jen si představme situaci, kdy se **daseinsanalytik** snaží o to, aby se pacient dobral podstaty svého onemocnění, či jak behaviorální terapeut přeučuje pacientovy **maladaptivní** vzorce chování, a přitom dostatečně nebere v úvahu, jaký vztah pacientovi vědomě i nevědomě nabízí a jak sám svou osobností coby novým vzorem na něj působí. Co když se snažíme o pacientovu nezávislost a sami nevědomky vytváříme novou závislost? Kolega P. Moss se na mě jistě nebude zlobit, když se čistě teoreticky zamyslím nad možností, že své pacientce svým chováním, sebou samým poskytnul uspokojení přinejmenším dvou důležitých přání – po emočním autentickém vztahu a po tom, že se o ní, o její skutečné „já“ někdo hluboce zajímal a stal se i předmětem jejího obdivu. Terapeut tento obdiv přijímá – a proč ne, terapie se povedla, vymizení symptomů po několikaměsíční léčbě si připisuje na svůj vrub. Je takováto výrazná změna k lepšímu vůbec za tak krátkou dobu možná? Vždyť byla dotyčná pacientka léta letoucí formována tak, že sotva věděla kdo je, co si přeje atd.

Právě zde je třeba myslet na tzv. přenosovou neurosu, tj. přenosové vyléčení tím, že terapeut svým vztahem k pacientovi mu uspokojí jeho jak skryté, tak i „neurotické“ potřeby, jejichž dosavadní neuspokojení či frustrace se na vzniku či trvání příznaků podílely. V uvedeném případě by bylo důležité všechny aspekty obdivného vztahu ze strany pacientky tematizovat a sám se zabývat tím, zdali jí v sobě mohu otevřít prostor i k jiným vztahovým možnostem. Bylo by např. vhodné prozkoumat, zdali se u ní opět objeví nějaké symptomy, připustíme-li kritiku či vlastní **nedostačivost**. U našich pacientů bychom pak mohli hovořit o přenosové psychosomatóze, které je často velmi obtížné odolat. Když si znovu představíme, že si pacient s některými interpersonálními situacemi nedokáže poradit, reaguje pouze – o to silněji – reflexně, na tělesně-fyziologické úrovni ve formě psychosomatického příznaku, pak se snaží se těmito situacím vyhnout. V terapeutické situaci manipuluje pacient terapeutem tak, aby jeho vlastní deficit nevyšel najevo. Tak například neumí-li pacientka vzbudit u terapeuta zájem nebo respekt, nabízí se mu sexuálně (sex ve službách **jáských** funkcí navazování a udržování vztahů), obává-li se odloučení, konce terapie, zapůsobí na terapeuta tak, že jí nabídne i příležitostní konzultace po skončení léčby. Jedna pacientka vytvářela u terapeutky pocit vzájemného ženského rivalizování na poli erotické atraktivity, neboť se vyhýbala jak otevřené kritické konfrontaci tak i lidsky-blízkému kontaktu. Ozřejnění této (i dřívější) situace přinesl sen, ve kterém se nemohla dostat ke svému dítěti (ač se jedná o bezdětnou bulimickou pacientku), neboť je odděloval pás kontaminovaného prostoru (země).

Tyto **kompensatorní** (deficity překlenující) interakční vzorce chování jsou velmi rigidní, takřka životně důležité, neboť slouží vyhnutí se selhání, nejistotě, pocitům studu. Jedna těžce traumatizovaná pacientka trvala na distancovaném vztahu, vzpírala se proti jakýmkoli projevům zájmu či přízně terapeuta, neboť s tím nedokázala zacházet, jen to zvyšovalo její nejistotu a napětí. Jak by bylo snadné to přijmout, začít s ní raději stabilizační cvičení a poté EMDR. Pacientka by se zklidnila – jednalo by se však o terapeutický úspěch či o stabilizaci jejího vyhýbavého chování?

Jiní pacienti mají potíže v nastolení rovnoprávného vztahu, a vmanévrovávají nás buď do pozice autority, či služebníka. Symptomy se objeví či zesílí tehdy, pakliže žádnou z obou rolí nepřijmeme. To je samozřejmě pro obě strany těžké: pacient od nás očekává mizení potíží, podporu a nikoli frustraci, a my na místo vděku sklízíme nespokojenost pacientů, kteří nám zprostředkovávají nepříjemný pocit neúspěšného průběhu léčby. Dobrý terapeut se musí naučit smířit se s tím, že teprve po čase pacient sám nahlédne, že mu tímto způsobem bylo více pomoheno, nežli kdyby terapeut přijmul jeho vztahovou nabídku, jeho vlastní pohled na sebe. Krátkodobý pocit porozumění by nevyvážil skutečnost, že identický pohled na problematiku pacienta vede ke stagnaci.

# OCHUTNÁVKY ODJINUD

## S. Komárek: Ontologický dluh a transdebitace

Už nejstarší řečtí myslitelé si povšimli, že všechny jsoucí věci jsou na světě jaksi na dluh, na úkor jiných, někdy zjevně a jindy skrytěji, a později svým zánikem, kdy opět pustí či rozpustí to, co s takovou úporností držely, tento dluh či provinění za krátkodobé povystoupení z nezjevného opět splatí. Novověká termodynamika pak mluví o tom, že energie a strukturace uzavřeného systému se může zvyšovat pouze na úkor jeho okolí, jeho destrukce či degradace – všechny heterotrofní organismy tak fungují – řízenou destrukcí substrátů kolem sebe udržují svou komplexitu, integritu, akceschopnost a případný růst. I rostliny a další autotrofové takto žijí z pomalé autodestrukce, již provádí Slunce. V mnoha případech je smrt a zánik jedněch doslova životem jiných – smrt myši je životem koček a myším je jaksi obtížno se z této skutečnosti radovat. I lidský život je takto startován a udržován na úkor jiných bytostí a není možné se tomu vyhnout – ontologický dluh, jak ho chápe třeba Drewermann, či chceme-li, dědičný hřích v církevním slova smyslu, nás nemůže minout a nemůžeme se z něj vysmeknout, ale musíme se s ním sžít jako se svým údělem – až smrt nás z něj vyváže. Lidský život se formuje nejen destrukcí mimolidských živých organismů, které by bývaly samy o sobě chtěly žít, ale také podstatným omezováním a vykořisťováním jiných lidí, byť ne nutně jejich zabíjením. Náš úděl je lemován nejen množstvím mrtvých kuřat, vepříků či ryb, pšeničných zrn a salátových hlávek, ale i stromů na palivové a stavební dříví, hmyzů pobitých při zásazích proti škůdcům a laboratorních zvířat, která nastavila své hřbety při testování nových medikamentů či kosmetik. I míra ovlivnění jiných lidí je značná – člověk je na svých rodičích devět měsíců endoparazitem, rok ektoparazitem a dalších dvacet let komensálem, máme-li užít technických termínů biologie. Méně zřetelné je to, do jaké míry blokuje čas a možnost rozvoje svých rodičů a z části i sourozenců, zejména těch mladších, nemluvě o tom, že už svou pouhou existencí vzniku dalších sourozenců v podstatě brání, protože místo je obsazeno – i v našem dalším životě vždy některým jiným, nezřídka lepším či schopnějším, překážíme už pouhým svým bytím a obsazením nějaké „ekologické niky“ ve společnosti podobně, jako strom v lese po dlouhá léta dusí semenáčky v dosahu své koruny a teprve jeho odumření jim dá úspěšného vzniku (v citově vyděračských formulacích by bylo možno pokračovat – jídlo, které jsme zhltili navíc, by nepochybně zachránilo jedno dítě v Somálsku, které v posledku zemřelo hlady...). Tomu, kdo nás zachrání či drží proti běhu osudu při životě či prosperitě, jsme jaksi zavázáni a dostáváme se do závislosti na něm (ontologický dluh vůči rodičům se v typickém případě splácí odchováním další generace, nikoli vůči nim samým). Oproti očekávání lze pilnou prací a péčí o jiné dosahovat subtilní metodou téhož, čeho se dosahuje například jejich pozřením a trávením metodou hrubou. I tato péče ony závislé jedince dezintegruje a rozkládá, ovšem pomaleji a za živa,



přičemž pečující si vlastní integritu, sílu a svěžest zvyšuje. Upadnout jednou do podobné závislosti je podobné, jako si vzít půjčku u lichváře – momentálně je nám sice pomoheno a četné problémy se vyřeší, závislosti na něm se však pro výšku úroku nezbatíme na celý život (život i ostatní věci na světě jsou obecně vzato „drahé“). Zakladatelé psychoanalýzy, kde je tento jev obzvlášť markantně patrný, si toho byli dobře vědomi a Sigmund Freud vždy neochvějně trval na přesném placení poměrně vysokých honorářů – neobráží se v tom jenom touha se uživit, ale také zmírnit tuto existenciální závislost, byť na peníze je převoditelná a jimi umořitelná je jen zčásti (na svém analytikovi se i tak dostávají do podobné závislosti, jako středověcí sedláci, kteří za válečného konfliktu utekli na pevný feudálův hrad). U běžné lékařské praxe, kdy dluh pacienta je napojen nikoli na charismatického léčitele, ale celou mašinérii a prastarou tradici medicínsko-průmyslového komplexu, je tato závislost jaksi rozptýlená, ale nemenší.

Na druhé straně lze i rozkladem tradičních rodinných i sociálních vazeb získávat „energii“, které tyto v sobě za běžných okolností vážou, a to na individuální i celospolečenské úrovni – celý novověký výbuch tvůrčí i pracovní činnosti se v zásadě děje na účet rozkladu těchto tradičních vazeb – nářky nad rozpadem rodiny v industriální a postindustriální éře většinou neberou v potaz, že se nejedná o trapné nedopatření, ale vlastní zdroj jejího pohonu, tak jako je marno v jedoucí lokomotivě naříkat, že v tendru ubývá uhlí.

Existenční vina či ontologický dluh je přenositelný na jiné – křesťanská představa Krista, který se obětoval za hříchy všehomíra, je jaksi pouze vrcholem pyramidy, jejíž úpatí je mnohem méně nápadné i mnohem méně předmětem víry a možných diskusí. V prvním plánu doplatí fazole, uvařené k našemu dnešnímu obědu, na naši touhu po uchování integrity svou destrukcí podle hesla „ty dnes a já až zítra“, v druhém ten, kdo o někoho pečuje a zdánlivě se pro něj obětuje, uchovává svou integritu ve skutečnosti na jeho úkor, byť za cenu velmi intenzivní námahy, tak říkajíc „přepumpování“ – staré turecké úsloví, že nejjistějším prostředkem proti démonům je práce, lze nejsnáze pochopit z tohoto úhlu pohledu. Možnost přesunu ontologického dluhu na jiné, transdebitaci (od lat. debitum – dluh, chyba, vina, hřích), lze v praxi vidět mnohem častěji, nežli by se nepředpojaté myslí zdálo. Jak vyplývá z kapitoly o člověku jakožto sociální bytosti, prakticky nikdo nestojí ve společnosti sám o sobě, ale tvoří rozmanité „dipóly“ či větší symbiotická společenství se svými rodiči, dětmi, partnery či mnohdy i spolupracovníky či jinými členy „osudových společenství“. Získání dominance, zároveň spojené s intenzivní péčí i tam, kde by ji nebylo potřeba, umožňuje v těchto „parabiózách“ výraznou asymetrii vztahu, která se v praxi projevuje neobyčejným vzrůstem činnosti, svěžesti a prodloužením věku toho, kdo tuto „moc“ (byť si na své postavení často naříká a jiní jej litují) na sebe strhl – jeho protějšek naopak všechnu činnost ztrácí, pasivně přijímá služby a podpory a zástupně na nich vykvétají rozmanité nepěkné aspekty jungovského „stínu“, které by jinak postihli jejich pečovatelé (řečeného efektu lze dosáhnout ještě jiným opatřením, a sice neodporováním zlému – na agresorech v malém i velkém vykvétají nejnepěknější vlastnosti a ukážou i zástupně za destruovaného svou hyení

tvář, což je, zejména v oblasti „velkých dějin“, znemožní často na staletí). Často se přidruží i nějaká choroba, která pak původní závislost ještě prohlubuje, zvětšuje a utvrzuje. Tento způsob „sociální parazitace“ nejen že nenaráží na společenské odsouzení, ale těší se i značné úctě – po pravdě řečeno, bývá téměř vždy pro všechny jednající strany nevědomý. Je pozoruhodné, jak velkoryse a shovívavě se „pečovatelé“ staví k často velmi nepěkným povahovým rysům i počinům těch, které si takto „po dobrém“ podmanili. Je rovněž velmi nápadné, v jaké míře se dnes vyskytuje fenomén „zachycení“ dětí rodiči, kteří o ně pak obdobně destruktivním způsobem pečují dlouho po jejich dospělosti (minulý stav věcí, kdy dětí bylo hodně a ty nejmenší „vydržely“ rodičům do pozdního věku, byl „fyziologičtější“ a pro všechny strany snesitelnější). Trvalá infantilizace se často projevuje i v nějakém omezení či ochromení sexuální či reprodukční činnosti, což jsou aspekty, které k dětství jaksí bytostně patří a jejich navozením se může juvenilita simulovat – činí tak nejen jednotlivci, ale i některé instituce vůči jedincům, kteří jim slouží – třeba katolická církev. Zcela ideální jsou v tomto směru děti nějakým způsobem postižené, neboť se nemohou tak snadno „vysmeknout“ (osmdesátiletá čiperná babička, dojemně pečující o padesátiletého synka s Downovým syndromem, je relativně obvyklý a vždy dojímavý obraz), ale často se podaří zachytit i ty zdravé a pak je postupně nevědomě, ale rafinovaně nalamovat, asi jako při pěstování bonsají (někdy se podaří včas za sebe podstrčit vnouče, pro které je podobné traktování přiměřenější, asi jako když se obětuje skopec na místě biblického Izáka – v nouzi někdy stačí i zvíře, třeba pes, a je vždy udivující na něm vidět podobné příznaky, jaké celý fenomén vyvolává na lidech). Jedná se zde o co nejdelší uchování sebe sama, své vlastní formy, ne o nějaké „sobectví genu“, už proto ne, že transdebitace se děje často na úkor vlastního potomstva. Mnohem menší negativní následky má situace, kdy se péče rozkládá na větší počet potřebných, kteří nakonec často po nějaké době odejdou. Pozitivní účinek na pomáhající stranu je zde stejný, ne-li větší, a dodává často sílu dlouhodobě přežívat i v neuvěřitelně nezdravých podmínkách – vysoký věk a naprostá svěžest Alberta Schweitzera, Florence Nightingalové či Matky Terezy jsou toho pěkným dokladem – výše řečené nemá být zpochybněním hodnoty jejich nesobeckých činů, spíše poukazem na to, že mají v sobě jaksí imanentní spravedlivou odměnu. Na méně důstojné rovině ukazuje tento fenomén i vysoký věk učitelek nižších tříd základních škol, kde interakce s masou nezralých, ale vitálních bytůstek dovoluje transdebitaci zčásti i „po zlém“. Zcela obdobně bytní MPK z masy závislých a zároveň opečovávaných pacientů a sociální stát z občanů na něm závislých – netýká se to ovšem až tak jednotlivých lékařů či úředníků, ale zejména abstraktní instituce jako celku. Jen v nejrůznějších případech a mimo náš kulturní okruh bývá transdebitace některými mimořádně zvrhlými jedinci praktikována vědomě – např. čínsko-mandžuská císařovna Cch'-si se soustředěnou péčí a intenzivním poskytováním životních radostí zbavila všech legitimních následníků trůnu, takže se většinou ani nedočkali dospělosti. V naší kultuře tyto procesy probíhají vždy nevědomě, zato o to účinněji. Ač je fenomén patrný téměř v každé rodině, zásadní pozornost vždy přitahuje v rodinách společensky nejvýše vyčnívajících – je dobře si vzpomenout na laskavého a

korektního staříckého mocnáře Františka Josefa I., kde s jeho neuvěřitelnou pílí a svěžestí příkře kontrastovala série tragédií v jeho nejbližším okolí a jeho úplný rozklad, který se nepřímo přenesl i na monarchii jako celek – asi jako když bakterie na Petriho misce degraduje glukózu. I na britskou královskou rodinu je dobře si vzpomenout, než začneme hledat i na chodbě činžáku, v němž žijeme. Svoboda lidské mysli spočívá v zásadě ve schopnosti tento poněkud zastřený proces pochopit a neúčastnit se jej pasivně a nevědomě, ať už jako pachatel, nebo jako oběť. Byť i pro lidi jaksi rámcově platí pravidla heterotrofních organismů, že destrukce jedněch je životem jiných, je míra možnosti naší volby přece jen větší.

Psych@Som  
Bulletin zájemců o  
psychosomatickou  
problematiku v medicíně

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