

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická Fakulta – Katedra Psychologie

Řeč těla a povaha bytí

Psychosomatika z pohledu daseinsanalýzy



Bakalářská diplomová práce

Autor: Lucie Honsová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Praha 2012

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Řeč těla a povaha bytí – Psychosomatika z pohledu daseinsanalýzy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Čálkovi Csc. za umožnění stáže v jeho psychoterapeutické skupině na klinice Eset, za konzultace ohledně nemoci paní Marie a sdělení jeho odborného hlediska. Děkuji také Mgr. Kupkovi Ph.D. za vedení této bakalářské práce a zejména paní Marii za její laskavou spolupráci.

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST

1. Úvod	5
2. Výzkumný problém	6
3. Teoreticko-kritická analýza stavu výzkumu	7
3.1 Psychosomatika	7
3.1.1 Historie	7
3.1.2 Koncepce a teorie psychosomatické medicíny	10
3.2 Fenomenologie	13
3.3 Existenciální psychologie	15
3.4 Daseinsanalýza	17
3.4.1 Historie, hlavní představitelé	17
3.4.2 Rozhovor v daseinsanalýze	18
3.4.3 Práce se sny	20
3.4.4 Existenciály	20
3.4.5 Psychosomatický přístup k člověku v daseinsanalýze	22
3.4.6 Představitelé u nás	24
3.4.7 Klinika Eset	27
3.5 Skupinová psychoterapie	28
3.6 Onemocnění střev	30

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Ideový plán výzkumu, cíle	32
2. Výzkumné otázky	32
3. Strategie výběru případu	32

4. Metody získávání dat	33
5. Psychoterapeutická skupina.....	34
Kazuistika	35
6. Zpracování, způsob analýzy dat	40
7. Výsledky.....	41
8. Diskuze	45
9. Závěr	48
10. Souhrn	49
11. Použitá literatura	52

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Řeč těla a povaha bytí – Psychosomatika z pohledu daseinsanalýzy

Autor práce: Lucie Honsová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Počet stran a znaků: 54, 75 452

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 38

Abstrakt:

Fenomenologie znamená studium jevů, fenoménů. Zakladateli byli C. Stumpf, E. Husserl. Existenciální psychologie je směr filozoficky a spirituálně laděný, a zabývá se problematikou lidského bytí a jeho smyslu, otázkami lidského svědomí, zodpovědnosti, snaží se pochopit existenci z hlediska časovosti. Hlavními představiteli daseinsanalýzy byli L. Binswanger a M. Boss. Směřuje k osvobození pacienta. Psychosomatika zkoumá vztahy mezi tělem a myslí. Bylo popsáno několik koncepcí psychosomatické medicíny. V práci jsem se zaměřila na případovou studii paní Marie, která navštěvovala kliniku Eset. Pacientka trpí psychosomatickým onemocněním střev. Během výzkumu bylo zjištěno, že se nadměrně zaměřuje na podání výkonu, a to zejména v mezilidských vztazích, za cenu určitého sebepopření. Pacientka se učí porozumět svému onemocnění a předcházet zátěžovým situacím.

Klíčová slova: psychosomatika, existence, odpovědnost, tělesnost

ABSTRACT OF THESIS

Title: Body language and character of being

Author: Lucie Honsová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Number of pages and characters: 54, 75 452

Number of appendices: 1

Number of references: 38

Abstract:

Phenomenology is a study of phenomenons. Representatives were C. Stumpf, E. Husserl. Existential psychology is a philosophical and spiritual school, concerning on a theme of human being and its meaning, conscience, responsibility, and tries to understand existence focusing on time. Representatives of daseinsanalysis are L. Binswanger and M. Boss. The aim of daseinsanalysis is to bring patient to autonomy and freedom. Psychosomatic examine the relations between a body and a mind. There were several conceptions formulated to understand the psychosomatic medicine. In this thesis I concentrated on Mrs. Marie's story, who attended a psychosomatic clinic Eset, and suffers from an intestinal disease. I found out, that she excessively aims on a performance in her relationships with a self-denial. She learns to understand her illness and to prevent from stressful situations.

Key words: psychosomatic, existence, body, responsibility

1. Úvod

V této práci bych se ráda věnovala problému psychosomatika. Rozhodla jsem se, že se na tento problém pokusím zaměřit pomocí vodítek psychoterapeutického směru daseinsanalýzy. Podařilo se mi nahlédnout do terapeutické skupiny doc. Čálka na psychoterapeutické a psychosomatické klinice Eset v Praze, který je v tomto směru odborníkem. Za laskavé spolupráce paní Marie, kterou jsem ve skupině oslovila, a která delší dobu trpí zhoršujícími se příznaky střevního onemocnění bez konkrétní lékařské diagnózy, jsme se zamýšleli nad poselstvím a souvislostmi její nemoci.

2. Výzkumný problém

Cílem práce je popsat vážné psychosomatické onemocnění střev vybrané pacientky a zamyslet se nad tímto problémem pomocí vodítek psychoterapeutického směru daseinsanalýzy. Popsat příběh paní Marie a zodpovědět některé otázky týkající se smyslu příznaků nemoci, příčiny onemocnění a významu pro její bytí.

Pokusila jsem se popsat směr daseinsanalýzu, její historii a současnost a její nejvýznamnější představitele. Vysvětluji, co je to nemoc a jaká onemocnění jsou psychosomatická. Jaké hypotézy máme pro onemocnění střev, jací pacienti trpí těmito problémy. Také se zmíním o psychoterapeutické a psychosomatické klinice Eset a způsobu, jakým jsou pacienti včetně paní Marie na klinice léčeni.

3. Teoreticko-kritická analýza stavu výzkumu

3.1 PSYCHOSOMATIKA

„Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. Věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně nedobře jednáte, léčíte-li tělo a nevěnujete pozornost duši.“ Platón

Psychosomatika jako pojem má svůj původ ve starověké řečtině a to z dvou slov „psyché“ – duše a „soma“ – tělo. Z hlediska dnešního chápání zdraví a nemoci není tento název zcela vhodný, protože se vrací ke karteziánskému dualizmu, tedy rozdělení člověka na tělo a duši. V tomto oboru je naopak důležité celistvé vnímání člověka. (Psychosomatika, nedat.) (Baštecká, 2003)

3.1.1 Historie

Vzájemné vztahy mezi tělem a myslí, či duší byly dlouhou dobu námětem polemik filozofů, lékařů i psychologů. Ve starých spisech z dob antické řecké filozofie se setkáváme s názorem, že zde pravděpodobně existuje vztahové spojení. Byly nalezeny zmínky o možné souvislosti mezi tepovou frekvencí a negativními emocemi, jako je strach a zlost. Také byla popsána bolest hlavy, jako následek emocionálního stresu. Řecký lékař Hippokrates z Kosu popsal jednu z prvních teorií temperamentu v závislosti na třech různých tělních tekutinách. Tyto tekutiny jsou podle jeho názoru zodpovědné nejen za to, jaké má člověk vlastnosti, ale i jaké má somatické potíže či duševní nemoci.

Poté, co Wiliam Harvey v roce 1628 objevil krevní oběh, obrátila se pozornost lékařů na dlouhou dobu pouze k tělesné stránce člověka. Tuto teorii, že k porozumění toho, co se ve člověku děje v případě nemoci, nepotřebujeme více, než porozumět biologickým jevům,

nazýváme biologický redukcionismus. Tento názor, který byl ovlivněn francouzským filozofem a matematikem Reném Descartesem, zastáncem racinálního myšlení a dualismu duše a těla, převažovalo až do konce 19. století. (Faleide, 2010)

Slovo psychosomatika použil poprvé Heinroth v r. 1818 a o deset let později je doplnit Jakobi termínem somatopsychický. Postupné změny v uvažování o člověku, které směřovalo k holistickému pojetí člověka, začaly na přelomu 19. a 20. století. Významnou osobností byl neurolog a psychiatr Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy. Je autorem pojetí nevědomí a podvědomí, velkou pozornost věnoval sexuální motivaci a jejím formám. Měl vliv na myšlení, psychoterapii i literaturu. Ve 20. století se začalo některým nemocem říkat psychosomatické. V návaznosti na Freuda byla věnována pozornost tomu, co se dělo v emocionální sféře dětí, u nichž se v pozdějším věku objevily některé nemoci. Začal se chápat vztah mezi emocionální tísní a pozdější negativní změnou zdravotního stavu. Statistickým zkoumáním se také zjistil vztah mezi společenskými skupinami a určitými nemocemi. (Faleide, 2010) (Baštecký, 1993)

V 70. a 80. letech 20. století se v USA objevilo hnutí tzv. pozitivního myšlení. Hlásalo, že určitou dietou, tělesnými aktivitami a zejména pozitivním myšlením a představováním si konkrétních příjemných událostí či úspěchů jsme schopni dosáhnout trvalého zdraví. Byla podceňována vrozená predispozice k nemocem a posilována myšlenka, že jako jednotlivci máme své zdraví zcela ve svých rukou. Ten, kdo bojoval s nemocí, se za to styděl.

První ucelená psychosomatická teorie byla formulována maďarským psychoanalytikem Franzem Alexandrem, který v roce 1950 v Chicagu vydal zásadní dílo *Psychosomatische Medizin* (Psychosomatické lékařství). Popisuje zde tzv. Svaté sedmero psychosomatických nemocí se specifickou psychodynamikou nemoci. Jsou to: peptický vřed, asthma bronchiale, vysoký krevní tlak, revmatická artritida, migréna, colitis ulcerosa a neurodermitis. Jeho práce podpořila vývoj psychosomatiky jako samostatné disciplíny v medicíně. Jeho teorie říká, že určité tyto tělesné poruchy vznikají jako následek nevědomého intra-psychického konfliktu, spočívajícího v rozporu mezi dvěma žádostmi nebo mezi žádostí a zákazem. Příkladem může být touha po opoře, zaopatření a závislosti v

rozporu s potřebou samostatnosti a nezávislosti. Neuspokojením těchto potřeb vzniká emocionální napětí a z něho vegetativní porucha, která se svátá chronickou. Např. agresivní impulzy, které nemohou být ventilovány, způsobují aktivaci sympatického nervstva a poté zvyšování krevního tlaku. Této teorii se říká teorie specifičnosti, neboť určité choroby jsou výsledkem specifických konfliktů. (Poněšický, 2002)

„Matkou psychosomatické medicíny“ je nazývána paní Helena Flanders Dunbar, která studovala pacienty z holistického hlediska, tedy vztah mezi charakterem osobnosti a psychosomatickými zdravotními problémy. Založila Americkou společnost pro výzkum psychosomatických poruch (American Society for Research in Psychosomatic Problems), vydala knihy *Psychosomatic diagnosis* a *Mind and body: Psychosomatic Medicine*. (Faleide, 2010)

3.1.2 Koncepce a teorie psychosomatické medicíny

Psychoanalytické teorie

Tyto teorie hledají specifické psychologické proměnné, které způsobují konkrétní tělesná onemocnění. V rámci této teorie byly formulovány:

- teorie nevědomých specifických konfliktů
- teorie specifických změn emocí
- teorie specifických osobnostních profilů
- teorie specifických postojů vůči konfliktům

Vývoj psychoanalytické teorie je spojen se Sigmundem Freudem, který formuloval traumatický model vzniku neuróz, popsal vývoj pudového vývoje a vytvořil modely lidské duše. Výraznou osobností je také Alexander, který popsal teorii intrapsychických konfliktů (viz. výše), zčásti nevědomých, týkajících se různých forem závislých potřeb. Mechanismy, které se významně podílejí na nemocích, jsou vegetativní nervový systém a hormony centrálně řízené hypotalamem, hypofýzou, endokrinní žlázou. Alexander také rozlišil mezi funkčními orgánovými poruchami, které jsou zprostředkovány vegetativním nervstvem, a konverzními mechanismy, které postihují příčně pruhované svalstvo a smyslové vnímání. Tvorba příznaků je obranným mechanismem. Metaforicky jde o symbolickou řeč orgánů. (Baštecký, 1993)

Kortikoviscerální koncepce

Tuto koncepci vypracovali Bykov a Kurcin. Vycházeli z poznatků ruského fyziologa Pavlova o podmíněných reflexech a dále je rozpracovali. Prokázali tedy vzájemné těsné vztahy mezi vyšší nervovou soustavou a somatickými a vegetativními funkcemi organismu, a také ověřili, že činnosti vnitřních orgánů lze ovlivnit vnějšími a vnitřními podněty. Činnost orgánů je řízena mozkovou kůrou. Patogenními faktory, způsobujícími onemocnění, jsou dle Bykova a Kurcina dlouhotrvající intenzivní negativní emoce.

Koncepce psychického stresu

Nespecifické koncepce vycházejí zejména z teorie Selyeho o všeobecném adaptačním syndromu, z výzkumů Cannon o psychofyziologii emocí a z Pavlova učení. Nespecifické koncepce přikládají rozhodující význam působení zátěžových situací, stresu. V jejich rámci se rozvinul směr studia tzv. životních událostí.

Pojmem stres označujeme zátěžové situace, které vyvolávají úzkost, napětí, obranné mechanismy, kdy je ohrožena integrita organismu, a to buď skutečně nebo domněle. Ve fyziologii je to nepříznivě působící činitel na organismus a jeho prostředí, jako chlad, horko, tlak, atd. Stres může být prospěšný, pak je jedná o eustres, či škodlivý, distres. Stres může způsobovat také frustrace, tedy stav, kdy je přítomna překážka v uspokojování potřeb, nebo konflikt. (Baštecký, 1993)

Koncepce alexitymie

Ruesch popsal tzv. Infantilní osobnost, které činí obtíže vyjádřit slovně či symbolicky vlastní afekty a pudová hnutí. Na tuto teorii navázali Freedman a Sweet, a pozorovali, že někteří pacienti málo hovoří o svých pocitech a reagují podrážděním na upozorněním na rušivé emoce. V 60. letech formulovali celistvější koncepci Marty a de M'Uzan. Všimli si, že myšlení psychosomatických pacientů je konkrétní, orientované na přítomnost, není spojeno s vědomými či nevědomými fantaziemi. Chybí také snová produkce.

Možný vznik této poruchy je popsán neurofyziologicky, jako deficitní spojení mezi fylogeneticky staršími částmi mozku a neokortexem, a psychoanalyticky, kdy je možná příčina ve narušených nejranějších interakcích mezi matkou a dítětem. Zřejmá je také vazba na sociokulturní úroveň.

Bio-psycho-sociální model

Tato teorie vychází z poznatku, že člověka ve zdraví a nemoci je nutno vidět celostně, a že kromě biologických aspektů je třeba zahrnout také aspekty psychické a sociální. Tento termín uvedl poprvé Engel v 60. letech minulého století. Jako příklad uvádí případy pacientů, kteří onemocněli v důsledku zármutku, který přirozeně následuje ztrátu milované osoby nebo ideálu. Byl kritický k onemocněním „s nevysvětlenou příčinou“ z lékařského hlediska. Také upozornil, že příklad pacientky s průjmovým onemocněním, které bylo diagnostikováno jako onemocnění s psychologickou příčinou, je zjednodušení. Říká, že psychosomatický přístup se týká způsobů, jimiž vzájemně působí psychické a somatické faktory na řadu sledů událostí, které tvoří onemocnění.

Engel sledoval také kvalitu života. Pohlíží na ní v několika odlišných sférách: makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině. V makro-rovině se jedná o život velkých společenských celků, například dané země, kontinentu. Život je pojímán jako absolutní morální hodnota. V mezo-rovině jde o kvalitu života v malých sociálních skupinách, např. škola. Zde se objevují otázky vzájemných vztahů mezi lidmi, sociálního klimatu. V personální rovině jde o život jednotlivce, jeho osobní hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu. (Křivohlavý, 2002)

Dnes holistická metoda doplňuje funkční medicínu. Terapeuté se snaží do posuzování konkrétního pacienta zahrnout psychosociální rovinu a posuzovat případ od případu jako jedinečný příběh, ve kterém může hrát roli chování pacienta při onemocnění, obtížné vztahy mezi pacientem a lékařem, kvalita života, další komplikace téhož onemocnění. G. A. Fava, ve své práci „Psychosomatic assessment“ (G. A. Fava, 2009) uvádí jako příklad kazuistiku čtyřiařicetileté ženy, trpící onemocněním střev s průjmy a bolestmi. Žena byla dlouho bezvýsledně léčena, až byla odeslána na psychiatrické a psychologické vyšetření. Byla jí doporučena kognitivně-behaviorální terapie pro odstanění fobie z jídla a pro nácvik asertivity. Po několika měsících příznaky odezněly.

3.2 FENOMENOLOGIE

Zakladatelé psychologické a filosofické fenomenologie, kterými jsou zejména Carl Stumpf a Edmund Husserl, navázali ve svém díle na Franze Brentana, vídeňského filosofa 19. století. Brentano se snažil položit základy vědecké psychologie, k čemuž ale přistoupil z odlišných ideových pozic než Wundt, který byl zakladatelem psychologie jako samostatné vědy. Brentano vydal dílo s názvem „Psychologie z empirického hlediska“, kde definuje psychologii jako vědu o mentálních fenoménech. Tvrdí, že mentální jevy se liší od fyzických tím, že fyzické jsou jen výsledkem smyslového vnímání a tudíž jejich existence není zaručená. Samotné vnímání je jisté, zatímco charakter vnímaného předmětu není. Psychické fenomény jsou tedy výlučným předmětem vnitřního vnímání a jeví se jako celek. Brentano také zavedl termín intencionalita, což je vztáženost vědomí k obsahu, směřování k určitému objektu. Brentano je představitelem psychologie aktu. Duševní akty jsou představování, formování soudů a cítění. (Plháková, 2007)

Termín fenomenologie znamená studium jevů, fenoménů, tedy toho, co se jeví vědomí, co je dáno. Je to prozkoumávání danosti, kterou vnímáme a na niž myslíme. Přitom je nutné vyhnout se vytváření hypotéz, jak o vztahu, který spojuje fenomén s bytím toho, čeho je jevem, tak o vztahu, který jej spojuje s Já, tedy s osobou, které se jeví. Fenomenologie je jakousi logickou meditací, jejímž cílem je vynést věci, v nichž je logika nejistá, směrem k jazyku. (Lyotard, 1995)

Carl Stumpf byl profesorem na prestižní berlínské univerzitě. Stal se autoritou v oblasti psychoakustiky, zkoumal vjemy hudebních tónů a změny jejich barev. Fenomenologii považoval Stumpf za druh introspekce, která zkoumá nezkreslenou vnitřní zkušenost.

Edmund Husserl byl zakladatelem filosofické fenomenologie. Narodil se na Moravě. Usiloval o vybudování filozofie na naprosto jasných, nepochybnitelných základech. Odmítal proto výklad zkušenosti v širším historickém, kulturním či psychologickém kontextu. Na počátku filosofování je třeba, dle Husserla, vzdát se přirozeného postoje, což

znamená předpokládat existenci vnější reality. Je třeba provést „fenomenologickou redukci“, neboli uzávorkování okolního světa. Pak zbývá čisté vědomí a jeho způsob nazírání světa. Vše, co vědomě intendujeme v představě či citových vztazích nazývá Husserl fenoménem. Existence mentálních fenoménů je zřejmá a nezpochybnitelná (apodiktická). (Plháková, 2007)

Navazující na Brentana Husserl tvrdí, že všechny zážitky jsou intencionální, kde intencionalita znamená základní vlastnost vědomí být vědomím o něčem. Akt intendování označuje termínem noéisis a předmět, ke kterému se duševní intence vztahuje je noéma. Metodickým principem Husserlovy filosofie je eidetická redukce, která umožňuje nazírání esencí, podstat věcí. Domníval se, že psychologie nemůže být objektivní vědou. Druhé lidi totiž intendujeme v našem fenomenálním světě jako zrcadlení, ne originál. Psycholog by měl tedy ve vztahu k lidem zaujmout postoj neinteresovaného diváka, odhlédnout od své vlastní intencionality. Toto nazývá fenomenologicko-psychologickou redukci. Husserl také popsal časové vědomí coby zakoušení přítomnosti zahrnující právě minulé a těsně budoucí.

3.3 EXISTENCIÁLNÍ PSYCHOLOGIE

„A ostatně, říci, že vynalézáme hodnoty, znamená jen toto: život nemá a priori žádný smysl. Život není ničím před tím, než ho žijete, avšak na vás záleží, abyste mu dodali nějaký smysl, a hodnota je jen ten smysl, který si sami vyberete.“ (Sartre, 2004)

Tento psychologický směr je filozoficky a spirituálně laděný, a zabývá se problematikou lidského bytí a jeho smyslu, otázkami lidského svědomí, hodnot, zodpovědnosti, osamělosti, intimity. Snaží se pochopit existenci z hlediska časovosti, život končí smrtí a člověk si je toho vědom. Uvažují o specificky lidských vlastnostech a hodnotách, kterými se lišíme od zvířat. (Plháková, 2007)

Soren Aabye Kierkegaard byl dánský filozof. Byl to osamělý, uzavřený člověk a jeho osobní život i dílo ovlivnilo vlastní rozhodnutí zrušit zasnoubení, které později zvažoval. Ze své trdomyslnosti hledal cestu pomocí upřímného vztahu k Bohu. V díle vybízí k opravdovosti, k obratu k niternosti a k hlubokému, zodpovědnému přístupu k vlastnímu životu – k lidské existenci. Píše, že subjektivita je pravdou. Jedná se zde o vztah jedince k určitému objektu či otázce. Tento vztah může být buď hluboký a upřímný, pak je pravdivý, a nebo povrchní a konvenční, tedy nepravdivý. Dle Kierkegaarda by měl každý člověk usilovat o to, aby existoval sám za sebe a nebyl součástí anonymního celku.

Martin Heidegger zejména svým raným dílem „Bytí a čas“ ovlivnil zakladatele daseinsanalýzy. Byl to jeden z nejvlivnějších filosofů 20. století, který byl také kritizován pro svůj postoj k nacismu. Člověk se podle Heideggera ke svému bytí vztahuje, a musí se o něj starat, obstarávat jej, a tím se liší od rostlin či předmětů. Toto jsoucno nazývá Dasein, bytí zde, pobyt. Bytostný vztah k vlastnímu bytí nazývá existencí. K nalezení struktury existence popsal tzv. existenciály (viz. Dále). Pobyt je charakterizován tím, že ho sdílíme s druhými lidmi; je to spolubytí. Heidegger dále upozornil na to, že lidské bytí je ohraničeno smrtí. Člověk sem přišel náhodně, bez vlastního přičinění. Mnozí lidé žijí v anonymitě a každodennosti. Člověk si ale může uvědomit časovou omezenost svého života a je schopen

převzít odpovědnost za své jednání, činit rozhodnutí. Toto vědomí smrti může vyvolat úzkost, ale zároveň vyzývá člověka k autentické existenci a k odpovědnému rozvržení budoucnosti. (Plháková, 2007)

„Odhodlanost v sobě chová autentické bytí k smrti jako možnou existenciální modalitu své vlastní autenticity.“ (Heidegger, 2008)

3.4 DASEINSANALÝZA

3.4.1 Historie, hlavní představitelé

Daseinsanalýza vznikla ve 20. století v Evropě a její představitelé jsou zejména Ludwig Binswanger a Medard Boss, kteří se pokusili vyjít z myšlenek Martina Heideggera a aplikovat je na oblast psychoterapie. Je to terapeutický směr, který můžeme zařadit k existenciální psychologii.

Ludwig Binswanger vycházel z Heideggerova díla „Bytí a čas“, které považoval za důležité proto, že se nezajímá pouze o dílčí oblasti a fakty lidské osobnosti jako psychoanalýza, ale ptá se po bytí člověka jako celku.

Rozlišuje tři modalities bytí ve světě, jak popisuje člověka:

- okolní svět, kterým rozumí svět věcí, fyzické prostředí
- spolusvět, který sdílíme s druhými lidmi
- vlastní svět, což je osobní svět jedince, a také vztahování se k vlastní tělesnosti

Tyto modalities světa by měly být vyvážené.

Binswanger také tvrdil, že životní krize, se kterými pacienti přicházejí, jsou důležitými situacemi voleb. Věřil, že každý člověk je svobodný učinit své rozhodnutí, a tak dokonce schválil sebevraždu své pacientky Ellen Westové. (Plháková, 2007)

Medard Boss usiloval o další rozvoj daseinsanalýzy, byl také dobře obeznámen s Jungovou analytickou psychologií.

Gion Condrau je Bossův žák, ve svém díle „Sigmund Freud & Martin Heidegger“ charakterizuje existenciální analýzu ve srovnání s Freudovou psychoanalýzou. Tedy nejde o pochopení nevědomí, ale o základy lidského bytí. Condrau využívá Heideggerovy definice existenciálů, které charakterizují lidské bytí. Daseinsanalýza, na rozdíl od psychoanalýzy, která směřuje k osvobození pacienta z omezujících pudových vazeb, si dává za cíl stálou

otevřenost jedince vůči jeho vlastní existenci. Je to také cesta k větší svobodě vztahovat se k věcem i ke svým blízkým. Psychoanalýza využívá k výkladu léčebnou metodu interpretace. Oproti tomu v daseinsanalýze je to hermeneutický výklad, tedy řeč a porozumění. Otázky úzkosti a viny jsou z hlediska existenciální analýzy způsobeny tím, že člověk dluží něco svému dasein, bytí. Člověk by měl uchopit své možnosti, vybrat si z nich a rozvíjet je.

Metodami porozumění jsou tedy fenomenologie a hermeneutika. Léčebnou metodou je rozhovor, výklad existenciální situace a snů, porozumění smyslu potíží. Řeč by měla být srozumitelná, prostá všech umělých termínů a konstruktů. Terapeuti se snaží přizpůsobit jazyku pacienta, nechávají se vést jeho problémy, snaží se vyhnout teoretickým schémátům. (Plháková, 2007)

V daseinsanalýze nepoužíváme konkrétní teorii osobnosti ani tento termín. Je pouze existence, která je nějak naladěná, nějak strukturovaná.

Dle Oldřicha Čálka psychoterapie by měla být především návratem k individuálnímu dobru, pokud duševní či somatickou nemoc označíme zlem. Nemocný člověk ztrácí svobodu rozhodování. Cílem psychoterapie je dobrý život, ovšem co to znamená dobře žít, sama neurčuje. V psychoterapii nestojí v popředí obecně stanovené hodnoty a normy, ty jsou záležitostí výchovy či etiky. Psychoterapie je jedinečným prostředím, kde se nemocný může tématicky zabývat svým vlastním životem, kde má právo na individualnost. Měla by být podporována cesta ze závislosti k samostatnosti, k prožívání a projevování emocí, komunikaci. Od touhy po dokonalosti k přirozenosti. (Kofa, 2009)

3.4.2 Rozhovor v daseinsanalýze

Daseinsanalýza považuje rozhovor a jeho aspekty za výchozí a základní léčebnou metodu. Svět je pro člověka konstituován řečí. To znamená, že svět, jak jej známe a jak mu rozumíme, můžeme utvářet pomocí řeči. Tak jej činíme známým. V rozhovoru nejde jen o předávání informací, ale je lidským výkonem existence. „Být s druhým u téže věci.“

Rozhovor nevedeme nutně s druhými, ale hovoříme i sami se sebou, a také se neuskutečňuje jen na jednom určitém místě v určitém čase. V rozhovoru se objevují věci zřejmé, ale je zde zmíněno i nevyslovitelné. Rozhovorem je sám lidský život tak, jak jej vedeme.

„Slova jsou mosty, které sbírají (sjednocují) nás samé a věci kolem nás, ale i s bytím, které toto vše nechává vyvstávat (existovat), tj. bytí ukazuje věci i nás samé. Proto jsou slova něšším nesmírně důležitým. Logos je od legein a toto sloveso znamená jednoduše „sjednotit, usebrat, dát do jednoduché jednoty.“ To dělá slovo a řeč. Slovo je živý most, spojuje nás s věcmi, s bytím, s nevýslovným.“ (Hogenová, 2008)

Respektující naslouchání

Úcta k pacientovi je v daseinsanalýze vyjádřena v pozorném naslouchání, a to bez dodatečných převáděcích či reduktivních aktů. Respekt se týká pacienta i obsahu rozhovoru. Svě porozumění předkládá terapeut pacientovi během rozhovoru. Naslouchání se podobá nedirektivnímu rozhovoru dle C. Rogerse. Empatie otvírá společný prostor setkání.

Rozumějící účast

Rozumějící účastí terapeut vnímá pacientovy vlastnosti tak, jak se bezprostředně ukazují. Důležité jsou kulturní a sociálně-antropologické aspekty jeho života současného i bývalého, společně s rozpoznáváním pacientova ladění, směřování, motivace. Je třeba najít smysl problému a odpovídající jednání.

Bezpředsudečné přijetí, úcta, agapé

Přijetí pacienta bez předsudků je zde nutností. Setkání je ve vztahu Já-Ty, který je odlišný od předmětného Já-Ono. O bytí pobytu se musíme starat. Tato starost vybízí k určitému způsobu zacházení, vládne jí soucit a ohleduplná péče.

Hledání smyslu

Nemyslíme zde nějaký životní cíl nebo motiv, smyslem míníme okruh významů, které jsou člověku autentické. Výklad skutečností našeho „bytí tu“ je podle daseinsanalýzy možné

uskutečnit pouze z nich samých. Přítomnost odůvodňuje pohled do minulosti a otevírá výhled do budoucnosti.

Rozšiřující dotazování, hledání kontextů

Hledání kontextů znamená hledání horizontů, které vymezují naše zde-bytí, náš svět. V psychoterapii bereme ohled zejména na ty z nich, které se vážou k nemoci. Nejen na soubor symptomů, ale i průběh toho, co se stalo.

Přiléhavost vyjádření, hledání výrazu

Hledáme nejen výraz, který věc vystihuje, ale je také důležité, aby byl výraz pacientem přijat. Někdy můžeme použít i výrazy tělesné, mimické, pohybové, fyziologické. (Růžička, 2008)

3.4.3 Práce se sny

Práci se sny rozvinul především Medard Boss. Od Freudova a Jungova přístupu se liší tím, že odmítá hledat skryté významy snových symbolů. V *daseinsanalytickém* smyslu má výklad snu znamenat objasnění věcného obsahu a jeho souvislostí. Sen se vykládá za přítomnosti osoby, které se sen zdál, a nenabízí ani nepodsouvá zde tedy žádné interpretace.

Například tedy had nebude pomocí *daseinsanalýzy* vyložen coby falický symbol nebo mytologická bytost, ale zůstane hadem, živočichem, který je instinktivní, pohyblivý, nevypočitatelný, vázaný na zemi či vodu. (Klugerová, 2009)

3.4.4. Existenciály

Heidegger rozlišuje tři způsoby jak být. Tyto způsoby nazývá *fundamentální existenciály*, protože člověku odemykají jeho existenci tím, že odemykají svět. Jsou to: naladění

(rozpoložení), rozumění a řeč. (Kubátová, 2010)

Naladění zabarvuje věci a osoby, odemyká svět jako celek a vrhá člověka do světa. Z okolí pak vystupuje to, co je takto zabarveno, to co se nás dotýká. Pro nás pak mají význam a dotýkají se nás pouze ty věci, které jsou zabarveny stejně, jako naše naladění. Jak je člověk naladěn, takové možnosti vidí. Naladění osvětluje svět ve spontánní a mlčenlivé pochopení světa. (Kubátová, 2010)(Heidegger, 2008)

U zdravého člověka tato naladěnost umožňuje vnímání plných významů toho, s čím se setkává. Naopak jednostranná naladěnost způsobí, že člověk není schopen plně významy vztahů vnímat. Jsou popsány čtyři psychopatologická nastavení: depresivní, hysterické, narcistické, anankastické. (Klugerová, 2009) Ráda bych zde více popsala depresivní ladění, vzhledem k tomu, že se tato diagnóza objevuje v případové studii v praktické části.

Depresivní člověk se uzavírá světu. Svět se mu jeví jako nedostupný. Tento pacient nezná aktivitu ani odpor, stahuje se ze světa druhých. Mění se i prožívání časovosti. Minulost, přítomnost a budoucnost se pacientovi nejeví rovnoměrně, přítomnost není zaplněná, jeho čas uvázl a má nekonečné trvání. Budoucnost ztratila svůj smysl. Objevují se pocity viny, úzkosti, sebeobžaloby, pochyby. Depresivní člověk zůstává se strnulostí, apatií, chybí aktivní pohyb. Na jedné straně se stahuje do ústraní, na druhé straně se obává osamocení, protože nezná sebeaplnění. Není sebeodvíjení do budoucnosti, a proto je člověk částečně mrtvý. Nejtěžší depresivní ladění může vést až k sebevraždě, což je znehodnocením smyslu bytí k smrti. (Klugerová, 2009)

Druhým existenciálem je rozumění. Člověk vždy určitým způsobem rozumí svému bytí, svým možnostem v něm i v jeho konečnosti, kterou je smrt. Rozumění má strukturu rozvrhu. Člověk je vržen do světa, a součástí vrženosti je rozvrh možností. Rozhodnout se pro jednu možnost neznamena zavrhnout všechny ostatní možnosti, ale znamená to, že podle toho, k čemu se porozumění obrátí, tím proměňuje rozvrh možností a otevírá svět. Z rozumění vyplývá také významnost. Podle Heideggera tomu není tak, že bychom

přidělovali význam světu, ale tak, že význam přichází ze světa.

Svět nejprve chápeme a až potom ho vykládáme, za pomoci filosofie, vědy, či mytologie. Tento výklad má vždy formu sdělení, a k tomu používáme řeč. Řeč je třetím existenciálem. Řeč souvisí s porozuměním, protože k myšlení potřebujeme právě slova, pojmy. (Kubátová, 2010)

Existenciály jsou základní rysy lidské existence, její souřadnice, dimenze. Jsou konstitutivními fenomény naší existence. Existenciály definoval Heidegger, pojmenoval jich celkem asi třicet. Jsou nám důvěrně známé. Dalšími existenciály, které používáme v daseinsanalytické psychoterapii, jsou: smrtelnost, otevřenost, časovost, prostorovost, svoboda, tělesnost, vina/svědění, spolubytí, dějinnost, vrženost, řeč, sexualita. (Klugerová, 2009)

3. Psychosomatický přístup k člověku

„Každá nemoc je především ztrátou možnosti otvírat se do světa, je ztrátou možností, které člověku nabízí daná situace. Nemoc je vlastně ztrátou svobody. Možnosti, které lidský život realizují v energeia (uskutečňování), nepřicházejí zevnitř, ale z venku. Venek Dasein vyvolává, vyzývá, a my se na něj naladujeme. Nemoc je mlčení Dasein, proto se říká nemoc, je to ztrátou možností.“ (Hogenová, 2005)

Daseinsanalýza nevytváří žádné interpretační modely psychosomatických onemocnění. Snaží se vycházet z původní jednoty lidské bytosti, a postupovat cestou individuálního výkladu existence každého člověka a nemoci. Vymezuje se od biologizujících teorií a vysvětlení, redukcijících člověka na mechanicky fungující organismus, a vycházející z předpokladu nadměrného chronicky se vyskytujícího stresu a fyziologických mechanismů emocí. Jde jí o zachování lidského vztahu. (Čálek, 2005)

Naše tělesnost je součástí toho, jak rozumíme našemu bytí. Tělo je vždy s námi, všude tam kde jsme přítomni. Tělesnost také ovlivňuje vztahy s druhými lidmi. Je důležité, jaké vztahy k druhým máme, zda jde o vztahy svobodné, do kterých vstupujeme z vlastního rozhodnutí, či vztahy nesvobodné. Daseinsanalytický pohled na člověka překonává psychofyzický dualismus těla a duše. Obnovuje původní jednotu těchto dvou dimenzí v jediný fenomén. (Čálek, 2005)

Svoboda znamená být sám sebou, možnost volby a vlastního rozhodování, to jak člověk realizuje své stanovisko. Nemocný člověk se nemůže svobodně rozhodovat pro to či ono. Nemůže naplňovat své možnosti, žít sobě vlastní život. Tato nemožnost volby může být způsobena již během individuálního vývoje, kdy se jedinci nedostává atmosféry láskyplné přízně, či je omezován ve svých možnostech volby a sebepotvrzení. Člověk si neosvojil své vlastní životní možnosti jako jedinečně své, řídí se pak neosobními a odcizenými pravidly, které ho nenaplňují. Otázky svobodné volby jsou také spojeny s pocity viny. Dle daseinsanalýzy tyto patologické pocity provinilosti znamenají, že člověk něco závažného dluží sám sobě a své možnosti být sám sebou. Je důležité brát v úvahu, že člověk má odpovědnost tedy nejen k společenským hodnotám a spolubytí, ale také k sobě samému.

Léčbu psychosomatických onemocnění daseinsanalýza vidí v nápravě vztahových možností daného člověka, které pramení v jeho možnosti být sebou. Vztahové možnosti znamenají způsoby vztahování, které člověk má, a kterými svobodně a přiléhavě odpovídá na nároky okolního světa. Narušení této možnosti znamená, že některé alternativy jsou uzavřeny. Takový člověk pak jedná stereotypně a nepřiléhavě, nebo některých způsobů vztahů není schopen. Můžeme uvést častý příklad ze současného světa moderní společnosti, kdy se člověk neumí svobodně bránit nadměrným požadavkům okolí, a všechny aktivity včetně odpočinkových poté vykonává s úsilím o dokonalý výkon. (Čálek, 2005)

Během specifického rozhovoru terapeuta s pacientem je třeba dozvědět se o způsobu pacientova života, ale také o tom, jak svému životu rozumí a jak si jej vykládá. Jak se k

němu vztahuje.

Lze obecně říci, že některé orgány a soustavy v lidském těle mají blíže k určitým vztahovým možnostem než k jiným, jako například žaludek, který odkazuje na přijímání a odmítání, a také k uplatňování moci. Dýchání může mít blízko k emoční atmosféře. Některá vodítka nalezneme v lidových rčeních: někoho dusit, ležet někomu v žaludku, mít něčeho plné zuby. Jednoznačně ovšem tato pozorování zobecnit nelze. Funkce a projevy jednotlivých orgánů jsou natolik rozmanité, že si každý případ psychosomatického onemocnění žádá o individuální výklad. (Čálek, 2005)

3.4.6 Představitelé u nás

Oldřich Čálek

Původním povoláním je hudebník. Poté vystudoval jednooborovou psychologii na FFUK, následně pracoval jako výzkumný pracovník v oblasti pedagogicko-psychologické, kde se zabýval tématy těžce zdravotně postižených žáků. Absolvoval psychoterapeutický výcvik a od roku 1988 provádí soustavně psychoterapii. Od r. 1991 je místopředsedou České daseinsanalytické společnosti. Psychoterapii provádí nyní na klinice Eset a zároveň vyučuje na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, dříve také na PedfUK a FFUK.

Oldřich Čálek je u nás předním odborníkem v oblasti daseinsanalýzy a na toto téma publikoval řadu odborných článků. Věnoval se také výzkumu zrakově postižených osob. Před r. 1989 i poté přispíval k uvedení daseinsanalýzy do Čech tím, že překládal díla zahraničních představitelů a uveřejňoval je v Psychoterapeutických sešitech. Přeložil např. knihu M. Bosse „Včera v noci se mi zdálo“ (1993) či „Sigmund Freud a Martin Heidegger“ G. Condrea (1997). Z jeho vlastních textů je to zejména kniha „Skupinová daseinsanalýza“, vydaná v roce 2004.

Ve výkladu se snaží všimnout si toho, co je jedinečně lidské, a naopak odmítá hlubinně psychologické a biologizující pojetí. Zajímá ho vzájemný vztah lidské existence a bytí samého, to, které určuje nezávisle na nás běh života. Svě duchovní naladění vkládá i do umění, především poezie.

Jiří Růžička

Jiří Růžička je učitelem a rektorem na Pražské vysoké škole psychosociálních studií a ředitelem Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky Eset. Má rozsáhlé znalosti ve filosofii, somatické medicíně, společenských vědách, kulturní antropologii. Společně s Oldřichem Čálkem se věnují rozvíjení skupinové daseinsanalytické terapie a také zajišťují odborné výcviky.

Napsal knihy „Péče o duši v perspektivách psychoterapie“ (2003) a „Psychosomatický přístup k člověku“ (2005).

Tereza Králíčková

Paní Tereza Králíčková vedla skupinovou psychoterapii na klinice Eset, kterou jsem navštívila, spolu s doc. Čálkem. Paní Králíčková vede psychoterapeutické skupiny od roku 2004, vystudovala Pražskou vysokou školu psychosociálních studií a nyní je na postgraduálním doktorandském studiu filosofie na Pedf UK. Z její publikační činnosti přispěla například svou prací s názvem „Dialog, po-rozumění a sebe-vyjádření jako způsob bytí člověka“ do knihy *Dobro, zlo a řeč v psychoterapii* (Kofa, 2009).

Česká daseinsanalytická společnost

<http://www.daseinsanalyza.cz/>

Výbor Daseinsanalytické společnosti

Předseda České daseinsanalytické společnosti Doc.PhDr. Oldřich Čálek, Csc.

Místopředsedové

Doc. PhDr. Jiří Růžička, PhD., PhDr. Leoš Horák, Mgr. Jan Vybíral

Členové

Ing. Michal Babický, Ing. Ivana Dvořáková, MUDr. Radka Krpcová, Mgr. Milan Milner,
MUDr. Zuzana Pindřáková, Doc. Mgr. Mgr. Ing. Peter Tavel, PhD., Mgr. Lucie Vacková,
Paedr. Jiří Zízler, CSc., Mgr. Jan Jakub Zlámaný

3.4.7 Eset

Eset je psychoterapeutická a psychosomatická klinika v Praze 4 se dvěma středisky v ulici Vejvanovského a Hekrově. Poskytuje komplexní integrovanou péči o lidi, kteří trpí duševní poruchou či duševními potížemi, a to zejména neurózami, osobnostními poruchami, depresemi, psychózami, závislostmi, stavy po poškození mozku, poruchami dětí a mládeže. Spojuje přitom hledisko biologické, psychologické, sociální a kulturní. Nabízí denní psychoterapeutické stacionáře, denní klinicko-psychologické a psychiatrické ambulance, individuální, rodinné terapie a psychoterapeutické skupiny, egroterapii, léčebné pobyty, terénní činnost psychiatrických sester, atd. Poskytuje také některé vzdělávací programy pro klinické psychology, psychiatry, ošetřovatele a nabízí semináře. Mezi odborníky, kteří zde nabízejí svou činnost, patří doc. Jiří Růžička, který je zároveň odborným ředitelem kliniky, MUDr. Eva Růžičková, Mgr. Jan Vybíral, doc. Oldřich Čálek, MUDr. Ondřej Pěč, a další.

Klinika Eset existuje od roku 1993. Klinika ESET je svými službami propojena s občanským sdružením ESET-HELP, které doplňuje její zdravotní služby programy resocializace a prevence pro dlouhodobě duševně nemocné nebo pacienty se závislostmi. Nabízí například tréninkové chráněné bydlení, přechodné zaměstnávání, sociální a právní poradnu.

3.5 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

Pod pojem skupinová psychoterapie bývají řazeny dva různé přístupy. První možnost je léčba určitého počtu pacientů, kteří se setkávají při terapii, ale jsou léčeni jako samostatní jedinci. Ostatní členové skupiny mohou těžit z podobné problematiky svých obtíží s protagonistou.

Druhou možností skupinové terapie je terapie skupiny. Terapeut zde podporuje hladkou komunikaci a spolupráci ve skupině. Cílem je získání porozumění vlivům, které utváří dobré skupinové klima, a tomu, jak se jedinec sám podílí na skupinovém dění, problémech a nepochopení v komunikaci. Při terapii skupiny je možno získat korektivní emoční zkušenost, tedy získat novou, pozitivnější zkušenost z účasti ve skupině a interpersonálních vztahů uvnitř. Při pobytu ve skupině se projeví různé rysy osobnosti včetně patologických. Patologie jedinců se poté projeví v interakci mezi účastníky a narušuje hladkou komunikaci. Vývoj ke zdravým mechanismům, které se k tomu užívají, se jmenuje skupinová dynamika. Terapeut pak pomáhá nalézt účinné prostředky ke zvládnutí napětí ve skupině. (Vymětal, 2004)

Skupina se nesmí skládat z členů, kteří se znají, a mají mezi sebou přímé vazby. V jiném případě by hrozilo, že se pacienti nebudou vyjadřovat otevřeně, či si naopak budou řešit společné záležitosti. Jsou vybírány skupiny homogenní či heterogenní, z hlediska rozdílnosti problémů, věku, pohlaví, atd. Pacienti s příliš výraznými rozdíly v hloubce psychopatologie či symptomatiky by neměli být vybíráni do jedné skupiny.

Základním prostředkem skupinové terapie je rozhovor. Pacienti i terapeuti sedí v kruhu, tak, aby mohl každý na každého pohodlně vidět, což umožňuje vzájemnou interakci. Skupiny trvají nejčastěji 1,5 hodiny a opakují se 1x týdně, v denních stacionářích či psychiatrických léčebnách bývá frekvence vyšší. Skupiny bývají otevřené či uzavřené, v závislosti na tom, zda se zde scházejí stejní pacienti po celou dobu, nebo jsou průběžně přijímáni a propouštěni. (Vymětal, 2004)

Daseinsanalyticky fenomenologický přístup poskytuje příležitost bezprostředně porozumět skupinovému dění tak, aby se mohlo stát půdou pro zrání jednotlivce ke svobodě a odpovědnosti ve smyslu „prodlévající vstřícnosti“ (die heitere Gelassenheit) jako poměru k bytí. (Čálek, 2005)

3.6 ONEMOCNĚNÍ STŘEV

Sřevo (*intestinum, enteron*) je nejdelší úsek trávicí trubice. Navazuje na žaludek a končí řitním otvorem. Je to orgán přizpůsobený k trávení a vstřebávání potravy. U člověka a u savců rozdělujeme sřevo na dvě části, a to na tenké sřevo a tlusté sřevo. V tenkém sřevě je žaludkem natrávená potrava dále štěpena enzymy slinivky břišní, smíšena se žlučí a vstřebávána sliznicí. V tlustém sřevě je resorbována voda a trávenina se zde zahušřuje, vzniklé výkaly jsou pak vylučovány z řěla. Zde také řijí symbiotické bakterie, které rozkládají jinak nestravitelné zbytky. (Sřevo, nedat.)

Psychologické faktory somatoformní poruchy sřevního traktu

Byly popsány různé teorie, v jakých případech se může rozvinout onemocnění sřev. Například Hans Morschitzky a Sigrid Sator ve své knize „Když duše mluví řečí řěla“ popisují u řěchto pacientů následující aspekty: (Morschitzky, 2007)

- zvýšenou citlivost na bolest
- poruchy sřevní pohyblivosti, které jsou podmíněny emocionálními nebo nervovými faktory, hlavně stresem, časovým tlakem, úzkostí, vztekem, smutkem
- osobnostní znaky: ačkoli je navzdory dřívějším pokusům nemořné vymezit konkrétní strukturu osobnosti, která by tyto pacienty spojovala, můžeme přesto ve zvýšené míře pozorovat perfekcionismus, přehnanou citiřadostivost, nadprůměrné úsilí o podávání co nejlepšího výkonu, nepřátelskost ři zvýšenou úzkostnost
- symptomatika poruch sřevního traktu je velmi řasto následkem stresových nezpracovaných řivotních událostí, např. rozchodu, ztráty blízké osoby, smrtelné nehody nebo řěžké choroby v rodině a sociálním prostředí. Mohou to být i další řivotní změny, jako sňatek, narození dítěte, změna zaměstnání, věk, atd. Negativně se mohou projevit samozřejmě i následky velkých traumat jako je sexuální zneuřívání, politické konflikty.
- nedostatečné strategie pro zvládání stresu, silné emoce, akutní strach, ři chronické

přepracování mohou zvýšit riziko onemocnění

- neadekvátní zpracování afektů jako jsou tréma, úzkost, zloba, strach ze stráty
- příliš silná vazba v rodině či jinak asymetrické nebo nesvobodné vztahy
- psychické choroby jako deprese a úzkostné poruchy pozorujeme u více než poloviny pacientů, nicméně tato porucha může být příčinou, ale i následkem symptomatiky střeva
- chování během nemoci, jako přehnané soustředění na příznaky, ztrácení běžných aktivit, může stupňovat vnímání potíží a chorobu posílit
- také podobné symptomy u rodinného příslušníka mohou vyvolat strach a napomáhat vzniku potíží (Morschitzky, 2007)

1. Ideový plán výzkumu, cíle

Plánem výzkumu bylo popsat Mariin příběh a projevy jejího onemocnění, včetně její osobní a rodinné historie. Pomocí návštěv v psychoterapeutické skupině, polostrukturovaných rozhovorů s Marií a informací od pana docenta Čálka sebrat data a vytvořit tak kazuistiku.

Cílem bylo zamyslet se nad případem, nemocí a jedinečným bytím pacientky pomocí vodítek daseinsanalýzy. Zamyslet se, jak je to s možností pacientky „být sebou“, odpovědností a svobodným způsobem existence.

2. Výzkumné otázky

Existují nějaké souvislosti mezi životem paní Marie a událostmi v něm s jejím zdravotním stavem ?

Souvisí střevní onemocnění s životním stylem pacientky, s jejím porozuměním životnímu smyslu ?

Co má nemoc pacientce ukázat o sobě samé ? Co má ukázat jejím blízkým, pokud to nedokáže vyjádřit slovy ?

Jaké téma nesou Mariiny symptomy ?

3. Strategie výběru případu

Zařadila jsem se do psychoterapeutické skupiny, kterou vedl doc. Čálek, odborník na daseinsanalýzu. Vyslechla jsem příběhy jednotlivých pacientů a vybrala jsem si mezi nimi paní, která trpěla vážným psychosomatickým onemocněním střev.

4. Metody získávání dat

Metodami získávání dat bylo pozorování, rozhovor, telefonní interview. Při návštěvách psychoterapeutické skupiny jsem prováděla zúčastněné pozorování a výsledky jsem si zapisovala na záznamový arch. Všíkala jsem si chování pacientů, verbálního i neverbálního, jejich postojů a názorů, všeobecných znaků prostředí, práce terapeutů a efektu na pacienty. Od původně plánovaného dotazníku pro členy skupiny, týkající se jejich postoje k léčbě a subjektivně hodnocených léčebných výsledků, jsem později upustila a rozhodla se soustředit na skupinu jako celek a hlavně Marii a její onemocnění. Rozhovory s paní Marií se odehrávaly na základě předpřipravených otázek, tzn. jako polostrukturované interview, ale jindy byly i nestrukturovanými rozhovory. Výsledky jsem si také průběžně zaznamenávala na záznamový arch. Konzultace s panem docentem Čálkem mne seznámily se základními informacemi o jednotlivých pacientech a o způsobu práce terapeuta při uvolňování emocí. Poté mi umožnily ověřit si vlastní náhled na Mariino onemocnění a téma, se kterým je spojeno.

5. Psychoterapeutická skupina

Psychoterapeutickou skupinu na klinice Eset jsem navštěvovala od prosince 2010 do března 2011, tedy dohromady 3 měsíce. Skupinu navštěvovalo dlouhodobě cca 8 pacientů, někteří, a těch byla většina, sem chodili pravidelně každý týden, někteří příležitostně či jednou za 14 dní. Ve skupině byli muži i ženy, ve věkovém rozmezí aktuálně 20 až 54 let. Byly zde léčeny většinou neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy; také nefunkční partnerské a rodinné vztahy, žárlivost, potíže s hledáním zaměstnání a uplatněním.

Jako stážistka jsem mohla provádět jen nezúčastněné pozorování, tedy takové, při němž jsem mohla jen poslouchat a pozorovat skupinu pacientů s terapeuty, bez vlastního angažování k ději. Zaujal mne lidský přístup terapeutů, jasně srozumitelná řeč bez používání odborných výrazů i bez převádění jevů do jiných výkladových významů. Vedení rozhovoru bylo nedirektivní. Vztahy byly bezprostřední a vstřícné k pocitům pacientů, nepostřehla jsem rozdíl mezi běžnou rozumějící radou či reflexí a psychoterapeutickými technikami. Hodnotami, které určovaly skupinu, byly otevřenost, přijetí sebe i druhých, tolerance, péče o růst druhých.

Kazuistika

Paní Marii je 54 let. Marie se léčí u doc. Čálka více než tři roky ve skupinové terapii s onemocněním střev. Marie je usměvavá vstřícná paní střední postavy, s krátce zastříženými světlými vlasy. Při našem rozhovoru i ve skupině působí velmi přátelsky, upřímně a dobromyslně. Pacientka je komunikativní, správně orientovaná všemi směry, s přiléhavým chováním. Nicméně mne při pohledu na ní přepadne jakýsi smutek či tíseň.

Anamnéza

Mariina matka zemřela před rokem na rakovinu střev a žlučníku. Otec se v současné době také léčí s rakovinným onemocněním střev, prodělal operaci. Matčína sestra se taktéž v minulosti léčila s obdobným onemocněním. Mariini rodiče měli pevný vztah s velmi silnou vazbou mezi sebou. Marie to vnímala, jako by stáli spolu proti ní. Na druhou stranu cítila, že se starají o její dobro a myslí to s ní dobře, může od nich dostat vše, nač si vzpomene. Dědeček z otcovy strany spáchal sebevraždu, o které se Marie bohužel dozvěděla velmi nepříjemným způsobem, náhodou jednoho dne venku od kolemjdoucí paní.

Marie dříve pracovala jako úřednice v podnikatelské sféře, do invalidního důchodu odešla před rokem. Onemocnění střev se projevilo ke konci jejích třicátých let pravděpodobně jako důsledek dlouhodobého stresového života. Dle jejích slov se tehdy asi příliš snažila udržet si dekórum, manželství, tvář. Manželství bylo již tehdy problémové a v roce 2004 skončilo rozvodem. V manželství měla pocit psychického týrání, které bylo neúmyslné z manželovy strany, nicméně se jej snažila snášet. S bývalým manželem má jednu dceru.

S manželem se brali v roce 1980. Manžel nebyl její první známost. Vzali se a brzy poté se jim narodila jejich dcera. Manžel byl velmi prchlivý, vznětlivý. Marii bývalo z jeho chování úzko, bála se ho, cítí, že některé její problémy pravděpodobně souvisí s ním. Po nějakém čase v manželství začala mít pocit, jakoby se s ním v životě začala ztrácet, ptala se v duchu: „a kde jsem já?“ Strach z jeho projevů na Marii pravděpodobně dolehl o něco

více kolem zmíněného věku 38let, kdy se objevily první známky střevního onemocnění.

Po rozvodu byla dva roky sama, manžel se s ní rozvedl. Bylo jí v té době dobře samotné, užívala si, že neměla povinnosti, „nikdo po mě nic nechtěl.“ Má ráda předvánoční čas, kdy se nemusí honit za nákupy pro ostatní, a může si užít svůj klid a slavnostní atmosféru svobodně.

V současné době má další partnerský vztah, který trvá už šest let. Vztah popisuje jako hezký, v podstatě bezproblémový. Nicméně její partner je ženatý, dlouhodobě žije v nefunkčním svazku a jeho manželka není ochotna se rozvést. Problém řešili spolu v manželské poradně, otázku rozvodu ale neúspěšně. Nový partner představil Marii i svým rodičům, kteří ji přijali velice hezky.

Marie byla poprvé u psychiatričky v roce 1985, bylo jí divně, smutno. K psychiatrice poté docházela a užívala antidepresiva. Měla také pocit, že přestává mluvit. To byl rok 2000.

V roce 2006 byla tři měsíce hospitalizována v psychiatrické léčebně Bohnice. Sama o hospitalizaci požádala svou psychiatricku, měla v té době sociální fobie, neměla chuť s nikým mluvit. Brala v té době antidepresiva Seropram. Byla úspěšně léčena kognitivně-behaviorální terapií, např. expozicí v městské hromadné dopravě. Pobyť v léčebně popisuje jako nejšťastnější tři měsíce v životě, najednou cítila, že není sama, že mezi ostatní patří, že s ní plují na společné lodi a mají podobné problémy. „Potřebovala jsem si na ty lidi sáhnout, že jsou na tom také tak.“ Potřebovala na chvíli odhodit zodpovědnost za denní problémy a nechat o sebe pečovat jiné, bylo toho na ni mnoho. Četla také knihy Dr. Praška, který v tu dobu pracoval v PL Bohnice, které jí velmi pomohly. Podobně příjemný pocit zažila před rokem, kdy jela do lázní se svými střevními problémy. Tam o ní bylo pečováno, a ulevilo se jí poté jak fyzicky tak i psychicky. Od té doby se cítí o něco lépe.

Po návratu z léčebny začalo rozvodové řízení, prodej bytu, a její matka onemocněla.

Diagnozy:

F32.9 – Nespecifikovaná depresivní porucha; deprese je závažné psychické onemocnění mozku, která je charakterizovaná fázemi chorobného smutku, sklíčenou náladou, která působí nemocnému velkou duševní bolest. Doprovází jí nízká sebedůvěra, sebeobviňování, pesimistické myšlenky, snížený zájem o záliby i jakoukoliv činnost, neschopnost radovat se ze zážitků. (Bouček, 2006)

F40.0 – Agorafobie; patří mezi fobické úzkostné poruchy. Pacient se vyhýbá opuštění domova, obchodům, zástupům lidí, veřejným prostranstvím, cestování hromadnou dopravou, a pokud tak neučiní, trpí strachem. V Mariině případě se jednalo o cestování metrem. (UZIS: MKN 10, 27. prosince 2011)

F45.3 – Somatoformní vegetativní disfunkce; hlavním rysem somatoformních poruch je stížnost pacientů na tělesné symptomy, u kterých bylo opakovanými vyšetřeními zjištěno, že nemají fyzickou podstatu. Symptomy jsou pacientem prezentovány tak, jako kdyby byly způsobeny tělesnou nemocí systému či orgánu. Příznaky jsou dvojího typu, první jsou objektivní známky vegetativního podráždění, jako červenání, třes, pocení, strach z možnosti somatického onemocnění. Druhým typem jsou subjektivní stesky nespecifického typu, jako bolest, pálení, naplnění či roztažení, které pacient vztahuje k různým orgánům či systémům.

Patří sem:

Srdeční neuróza, Da Costův syndrom, žaludeční neuróza, neurocirkulační astenie, psychogenní forma: aerofagie, kašle, **průjmu**, dysurie, flatulence, škytání, hyperventilace, zvýšené frekvence močení, syndromu dráždivého tračníku, pylorospazmu. (UZIS: MKN 10, 27. prosince 2011)

F48.0 – Neurastenie; jsou popsány dva typy tohoto onemocnění. U prvního typu jde o obtíže, dané zvýšenou únavností po duševním úsilí, spojené s poklesem výkonnosti v zaměstnání a zhoršeným vyrovnáváním s běžnými denními úkoly. Duševní únavnost je popisována jako nepříjemná vtíravost nevhodných asociací nebo vzpomínek, obtížnost koncentrace a neefektivní myšlení. U druhého typu jsou zdůrazněny pocity tělesné nebo fyzické slabosti a vyčerpání po minimální námaze, spojené s pocity svalové bolesti a

neschopnosti relaxovat. U obou typů jsou přítomny nepříjemné pocity jako závratě, tenzní bolesti hlavy, pocit nestability. Pacienti mají obavu ze zhoršení zdraví, je přítomna podrážděnost, anhedonie, deprese a úzkost. Může být porušený spánek. (UZIS: MKN 10, 27. prosince 2011)

Současné onemocnění

Se současným onemocněním se začala pacientka léčit před patnácti lety, na začátku s lehčím a poté s postupně se zhoršujícím průběhem. Nemoc nemá konkrétní kolonoskopický nález ani diagnózu, Marie nebere žádné léky. Příznaky se objevily ve 38 letech pacientky, nyní je v invalidním důchodu druhého stupně. Onemocnění se projevuje průjmy s krví. „Jako kdybych čůrala černou krev.“ Zničeho nic se jí vzedme břicho, „jako by tam měla pytel“. Toto onemocnění jí kvůli častému nucení na toaletu později znemožnilo zcela pracovat.

Dříve pozorovala projevy nemoci maximálně jednou za čtvrt roku, příčinu hledala v těžce stravitelném jídle, atd. Nyní jsou příznaky daleko častější. Dietu pacientka přímo nepotřebuje, nicméně všímá si potravin, které jsou pro ni těžko stravitelné, je to hlavně bílé pečivo, cokoliv z obilí, ovesné vločky, atd. Maso nyní tráví lépe než dříve, má ho nyní raději. V posledních dnech krvácení nepozoruje.

Původ své nemoci hledá pacientka spíše u rodičů, vzhledem k jejich diagnózám. Matka trpěla zřejmě neléčenými depresemi, pravděpodobně i otec. Otce popisuje jako furianta. Vždy se zajímal, „co by tomu řekli lidi.“

Nyní při opatrování svého otce při nemoci cítí, že potřebuje na chvíli vysadit, odejít. Pacientka říká, že se v životě pravděpodobně více soustředí na ostatní lidi, než na sebe a své potřeby, což by mohl být jeden z jejích hlavních problémů. Učí se nezanedbávat své potřeby, přičemž zjišťuje, že dělá správně.

V každém věku Marii těší něco jiného. Nejraději je sama a nechápe, proč jsou lidé tak často sami nešťastní. Sama je svým pánem, může sama rozhodovat, „nikdo jí do ničeho nekecá.“ Vždy milovala vodu. Vyprávěla mi o koupání v jihočeských rybnících, o lázních, o zapadajícím slunci, o koupání v zimě, o tom, jak si ve vodě připadá úplně svobodná. Když mluvila o vodě, úplně se na chvíli změnila a rozzářila, zasnila.

Marie měla vždycky strach hlavně z lidí. Proto také často potřebovala od lidí unikat, ačkoli mezi ně neměla problém zapadnout a rozumět si s nimi. Nakonec bývala ráda, když mezi ně zašla, ale předtím musela překonávat nechuť a nechtěla, aby jí kdokoli vytrhával z jejích „rybích snů“. Říká, že je jí úzko, když někdo křičí, a úzko z autorit. Nebrání se jim, neumí se bránit. Dříve pracovala v soukromém sektoru a to jí pravděpodobně také v tomto velmi ovlivnilo, snaží se ostatním vyhovět a nepolemizuje s nimi.

Klinku nedávno navštívila dcera paní Marie a požádala o pomoc, neboť její matka po ní prý žádala různé služby, neúměrně vysoké. Například za pohlídání dceřina psa Marie si říkala o totéž ještě s další protislužbou, čímž si to vybírala. Bylo to nevyrovnané. Bylo to podobné to tomu, jak s Marií zřejmě jednali její rodiče a jak asymetrické vztahy později navazovala pacientka v zaměstnání.

6. Zpracování, způsob analýzy dat

Polostrukturované interview

Rozhovor s paní Marií jsem vedla dle připravených otázek pro psychiatrické vyšetření k sepsání chorobopisu (viz. Bouček, 2003) a dále dle vlastního uvážení k doplnění uceleného životního příběhu pacientky, jejích hodnot, míry spokojenosti v životě, sociálního zázemí, atd. Data jsem zaznamenala na záznamový arch a později shrnula ve srozumitelný popis vývoje onemocnění.

Pozorování

K zaznamenání výsledků pozorování jsem použila jak extrospektivní, tak introspektivní metodu, a to zejména při pobytu v psychoterapeutické skupině.

K analýze dat jsem použila metodu zakotvené teorie. Tato metoda integruje kvalitativní data získaná různými metodami, a jejich analýza později směřuje k vytvoření teorie. Různými způsoby kódování (otevřeným, axiálním, selektivním) pak můžeme přejít od konkrétních dat k hledání významů a vztahů mezi nimi, či specifikaci podmínek, při nichž se jev vyskytuje. (Miovský, 2009)

V sebraných datech jsem tedy hledala spojitosti k vytváření významových kategorií. S oporou v daseinsanalytické teorii jsem se později z nalezených výsledků snažila zodpovědět výzkumné otázky a vytvořit tak teorii, která by pomáhala k porozumění Mariinu onemocnění. Výsledky výzkumu jsou možné zobecnit pouze částečně, neboť daseinsanalýza nahlíží na každého pacienta jako na jedinečný fenomén a pouze vytváří vodítka, která ukazují na některé narušené nebo opomíjené rysy.

7. Výsledky

Při setkání s Marií jsem si všimla, že se mne zmocnil pocit jakési velké tíže osudu, velkého smutku a zvláštní bezmoci. Bylo to i v době před začátkem onemocnění jejího otce. Jakoby v jejím světě chyběla radost, krása, svoboda. Bylo jisté, že se Marie potýká s vážným onemocněním a také, že má sklony k depresím, ikdyž má optimistický výraz a nemluví o svém smutku. Je to možná její způsob, jakým dlouhodobě vnímá svět kolem sebe.

Marie se také velmi ochotně snažila vyjít mi vstříc v souvislosti se zodpovězením mých otázek. Snažila se mi vyhovět, možná více, než by vážila vlastní potřeby a přínos k léčení. Dalo by se říci, že při rozhovorech s Marií je možné tušit, že pokud druhému nevyhoví, potýká se s pocity viny. Zároveň ale upřednostňuje samotou a soukromí, a chvíle, kdy po ní nikdo nic nechce. Je to pravděpodobně příklad situací, kdy pacientka necítí, že má svobodnou volbu.

Zaujalo mne, jak krásně a oduševněle dokázala Marie mluvit o smrti své matky. Bylo zřejmé, že je Marie v tomto velmi vyzrálá.

Při posuzování jejího onemocnění a hledání vlastního názoru jsem se nechala inspirovat vodítky doc. Čálka a terapeutky paní Králíčkové, což mne v mnohém ovlivnilo. Také při rozhovoru a společném hledání některých odpovědí bylo zřejmé, že se Marie má již dlouhodobou zkušenost s psychoterapií a některá témata byla již odkryta a zodpovězena.

Z jejich rozboru vyplývá, že tato pacientka se v životě nadměrně zaměřuje na podání výkonu, a to zejména v interpersonálních vztazích, ale i v zaměstnání, s čímž Marie souhlasí. Tedy hypermotivace k výkonu. S tím souvisí i její časté sebepopření a popírání pocitu únavy.

Je třeba, aby se Marie naučila poslouchat své tělo, rozumět mu, co potřebuje, kdy si říká o odpočinek a kdy naopak o fyzickou aktivitu. Je dobré kombinovat obojí.

Zdá se, že záchvaty krvácení se objevily ve chvílích, kdy se musela hodně přemáhat a zapírat. Toto může souviset i s jejím současným vztahem, kdy žije v partnerském vztahu s ženatým mužem. Marii hodně záleží na mínění okolí. Měla tedy obavy ze zveřejnění svého vztahu, ale lidé jí přijali hezky, včetně manželových rodičů. Myslím si, že tento vztah také potvrzuje teorii o jejím častém sebepopření, neboť by si jistě přála, aby se jejímu partnerovi podařilo rozvést se, a aby mohli oficiálně žít spolu.

Dle slov doc. Čálka Marie jistě pokroky během léčby udělala, ikdyž onemocnění nebylo vyléčeno zcela a pacientka nastoupila do invalidního důchodu. Po posledním pobytu v lázních se velmi zlepšily její záchvaty krvácení.

Marie má problém s odpovědností, čemuž v daseinsanalýze odpovídá existenciál viny. Toto nastavení si nese pravděpodobně již z dětství, kdy ji rodiče často obviňovali.

Invalidní důchod odmítala, ale doc. Čálek si myslí, že v hloubi srdce asi přivítala. Při terapii byly zdůrazňovány Mariiny kladné vlastnosti, zejména její duchovní potenciál.

Ve skupinové terapii se bude v budoucnu pokračovat v osvobozování a uvolňování emocí.

Existují nějaké souvislosti mezi životem paní Marie a událostmi v něm s jejím zdravotním stavem ?

Marie si nese určité nastavení k onemocnění střev již z dětství, kdy ji rodiče kritizovali a obviňovali. Je možné, že podobné nebo související nesvobodné nastavení měli i oba rodiče, což můžeme usuzovat pro jejich rakovinné onemocnění a obdobnou diagnózu Mariiny sestry. Marie se potýká s existenciálem viny, tedy není zcela schopna převzít zodpovědnost za své bytí. Pacientku vyčerpává pobyt s druhými lidmi, prostor a pozornost, který by měla věnovat sobě, si vyžádají až její akutní příznaky onemocnění. Marie pravděpodobně navazuje asymetrické vztahy, které existují v její neprospěch, v předešlém manželství i v

zaměstnání, a tuto naučenou vazbu také neúmyslně předává své dceři.

Souvisí střevní onemocnění s životním stylem pacientky, s jejím porozuměním životnímu smyslu ?

Marie dlouho vedla stresový život, ve kterém nebylo místo pro ni a její pocity. Deprese byly léčeny od mládí antidepresivy, přičemž pravděpodobně odsunuly pozornost od závažnějšího životního tématu a nevyřešily je. Marie měla pocit, že přestává mluvit, objevuje se tu tedy téma sdílení s druhými, spolubytí. Pacientka měla chuť nechat si více prostoru pro sebe.

Co má nemoc pacientce ukázat o sobě samé ? Co má ukázat jejím blízkým, pokud to nedokáže vyjádřit slovy ?

Marie je nadměrně motivovaná k podání výkonu v mezilidských vztazích, a proto ji tyto vztahy také tolik vyčerpávají. Svůj současný partnerský vztah popisuje jako harmonický, ale symptomy nemoci přesto přetrvávají a dokonce dosáhly takové intenzity, že pacientka nastoupila do invalidního důchodu. Domnívám se, že sebezapření, které vkládá do vztahu proto, aby přijala tento vztah i s jeho břemenem partnerova manželského svazku s jinou ženou, ukazuje, čím pro ni vztahy s druhými jsou a jak jim rozumí. Jsou to vztahy s určitým ústupkem od opravdového naplnění svých potřeb, s pocity viny místo uplatnění své osobnosti.

Jaké téma nesou symptomy Mariina onemocnění ?

"Být sám sebou a neztratit druhé, být autenticky s druhými a přitom neztratit sám sebe", je heslo, které se Marii zřejmě nedaří zcela naplnit. Deprese, které předcházely psychosomatickému onemocnění, ukazují, že Marie již dříve zůstávala něco dlužná sama sobě. Cítila, že by se nejradyji uzavřela do sebe a přestala mluvit k druhým. Později měla

potřebu zbavit se odpovědnosti a požádala o hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Myslím si, že klid a čas na své myšlenky a svůj vnitřní svět, což jí nakonec umožnilo až její onemocnění, si vždy přála. Pomáhá jí totiž k vnitřnímu růstu a k dosažení určité celosti. Je otázka, zda se jí časem podaří s pomocí psychoterapie lépe vybudovat vlastní pozici i v protikladu k ostatním lidem. Bylo mým doporučením, aby se při svém hledání nechala vést věcmi, které tolik miluje a kde se cítí být šťastná a sama sebou, jako když mi tehdy vyprávěla o vodních plochách, jezerech, rybnících, moři. Byla by ještě schopna najít si alespoň nenáročné zaměstnání v této oblasti ? Marie na chvíli zase zářila při mé zmínce.

8. Diskuze

Cenu má pouze cesta. Pouze ona trvá, kdežto cíl je iluze poutníka, krácejícího od hřebene k hřebeni, jako by smysl byl v dosaženém cíli. A právě tak nemůžeš pokročit, pokud nepřijmeš, co je. Z čeho ustavičně vycházíš. A v odpočinek nevěřím. Neboť drásá-li člověka nějaký rozpor, není správné volit nejistý a nehodnotný klid za cenu slepého přijetí jednoho ze dvou prvků rozporu. Vyhýbá se snad cedr větru? Co by tím získal? Vítr ho drásá, ale i otužuje. Kdo by dokázal oddělit dobré od zlého, byl by věru moudrý. Hledáš, jaký dát životu smysl, ale smyslem je především stát se sám sebou, a ne pominout rozpor a tak dosáhnout ubohého klidu. A když tě něco drásá a staví se ti na odpor, dopřej si volnost růstu, neboť to zapouštíš kořeny a proměňuješ se. Buď blahoslavena ta otevřená rána, z níž se zrodíš: vždyť žádná pravda se neukazuje a není k dosažení v tom, co je zjevné. A pravdy, jež se ti nabízejí, jsou určeny jen k pohodlí a podobají se práškům na spaní.

Antoine de Saint-Exupéry

(Citadela)

Při své práci jsem se pokusila zachytit jedinečný příběh pacientky Marie, která trpí střevním psychosomatickým onemocněním. Vzhledem k tomu, že Mariino onemocnění zatím trvá a během dlouhodobého léčení dosáhla jen určitého zlepšení, a to za přispění psychoterapie i léčebných lázeňských pobytů, nemůžeme výsledky zatím zcela ověřit v praxi. Je možné se pouze pokusit společně s pacientkou porozumět tématu, které nám v podobě své zvláštní nemoci ukazuje.

Protože je Marie již několik let v péči dvou terapeutů a psychiatra, některá témata byla již mnohokrát otevřena. Při své práci jsem se snažila vycházet z dostupných zdrojů s obdobnými studii v dané oblasti a získané informace vztahovat na Mariin příběh. Svůj pocit z rozhovoru s Marií jsem konzultovala a ověřila s odborným hlediskem psychoterapeuta doc. Čálka, což mne v mnohém ovlivnilo, ale také potvrdilo mé domněnky.

Výsledky potvrzují teorie psychosomatické medicíny, a to specifické i nespecifické (viz. Baštecký, 1993). Marie byla dlouhou dobu vystavena stresu v manželství a v zaměstnání, což oslabilo její imunitní systém a v konečné fázi vyvolalo onemocnění střev. Pacientka se po dlouhou dobu snažila adaptovat na zátěž, kdy popisuje potíže v mezilidských vztazích, vysoký výkon a deprese, poté nástup onemocnění a vyčerpání, což se odrazilo i na jejím psychickém stavu a donutilo k hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

Vzhledem k tomu, že Mariini rodiče trpěli zhoubným onemocněním střev, je pravděpodobné, že Marie si nese vrozené oslabení tohoto orgánu, nebo oslabení, které bylo podmíněné vývojově a sociálně, tedy nevhodnými stravovacími návyky a životním stylem, neřešenými konflikty, omezenou komunikací.

Zároveň jsme pozorovali její nezpracované emoce a vnitřní konflikt v mezilidských vztazích, hypermotivaci k výkonu. Pacientka splňuje některé psychologické charakteristiky, které byly popsány u nemocných s trávicím traktem. Zažila silnou vazbu s rodiči i mezi nimi, vykazuje nadprůměrné úsilí o vydání výkonu, cítí úzkost z lidí, trpí depresemi a dalšími obtížemi. Má pravděpodobně nedostatečné strategie pro zvládnutí stresu, trpěla přepracováním. Tyto rysy byly popsány jako časté pro osobnostní profil pacientů s onemocněním střev (viz. Morschitzky, 2007).

Daisenanalytickou studii na podobné téma uvádí Růžička ve své knize „Psychosomatický přístup k člověku“ (Růžička, 2006, 2010), kdy popisuje kazuistiku mladé ženy trpící ulcerózní kolitidou. Kazuistiky se v některých ohledech shodují, pacientka měla totiž, podobně jako paní Marie, od rodičů přijatou potřebu podávat vysoké výkony a přemáhat se. Toto vypětí ji dovedlo až k úplnému připoutání na lůžko. Pacientce poté pomohlo odvedení pozornosti od příznaků nemoci, uvědomit si vlastní potřeby žít život svobodně a naplněně, nezávisle na rodičích. Paní Marie si také uvědomuje souvislosti jejího onemocnění a rozumí jim intelektuálně. Zřejmě zatím ale není schopná změnu pocitově prožít.

Kazuistika ukazuje jedinečný životní příběh pacientky trpící psychosomatickým onemocněním střev, předpoklad onemocnění i jeho průběh. Psychoterapeutický směr daseinsanalýza pomáhá vidět souvislosti nemoci se způsobem života pacientky, s jejím bytím ve světě a porozuměním mu. Snaží se nalézt možnosti, které se pacientce nabízejí k jejímu vlastnímu naplnění a rozvoji i v případě trvání onemocnění. Kazuistika ukazuje, že i v případě neustupujících příznaků lze porozumět smyslu nemoci. Lze tak pomoci pacientce v budoucnu zátěžovým situacím předejít.

Příběh může také upozornit na nutnost prevence a práce se stresem již před vypuknutím nemoci.

Výzkum by bylo vhodné doplnit dotazníkem TAS-20 k měření alexitymie. Dotazník slouží k určení obtíží v identifikaci vlastních pocitů a emocí, tělesných pocitů, míry sociální konformity, schopnosti introspekce, fantazie a snů.

9. Závěr

Marie trpí psychosomatickým onemocněním střev, které se projevuje průjmy s krví. Onemocnění je bez lékařského nálezu porušení střev. Tomuto onemocnění předcházely dlouhodobé deprese, stresový život a disharmonický manželský vztah. Marie měla také komplikovaný vztah k rodičům, kteří měli mezi sebou silnou vazbu a ona je vnímala, že jsou v opozici proti ní. Často ji kritizovali a obviňovali, což v Marii vyvolávalo pocity viny a toto nastavení si pravděpodobně nese dodnes. Záleží jí na názorech druhých.

Marie neprožívá mezilidské vztahy zcela svobodně, je v nich nadměrně motivovaná k podání výkonu. Pravděpodobně i proto pacientka nejraději tráví čas sama, kdy se může zcela ponořit do svého klidu a svých myšlenek, a kdy „po ní nikdo nic nechce“. Někdy vstupuje do vztahů s určitým sebepopřením. Toto sebezapření potvrzuje i její současný dlouhodobý partnerský vztah s mužem, který žije v nefunkčním manželském svazku s jinou ženou. V situacích, kdy se snaží podat výkon na úkor svých potřeb, se nejvíce objevují její záchvaty krvácení s průjmem. Marii toto onemocnění dovedlo až k opuštění zaměstnání a přijetí invalidního důchodu cca před rokem.

Marie navštěvuje již 3 roky psychoterapeutickou skupinu doc. Čálka. Pacientka zde udělala určitý pokrok v porozumění sobě a situacím, ve kterých se její onemocnění zhoršuje. Zdá se, že invalidní důchod ji nyní poskytuje nejen úlevu od symptomů nemoci a prostor pro péči o své tělo, ale i klid pro svůj duševní růst a hledání harmonie stranou od vyčerpávajících vztahů. S pomocí psychoterapeutů se bude Marie v budoucnu dále osvobozovat a uvolňovat od zraňujících emocí. Bude s nimi objevovat své možnosti, které může uskutečnit a smysl, který životu může nyní dát.

10. Souhrn

Termín fenomenologie znamená studium jevů, fenoménů, tedy toho, co se jeví vědomí, co je dáno. Zakladatelé filosofické a psychologické fenomenologie byli Carl Stumpf a Edmund Husserl. Navázali na dílo vídeňského filosofa Franze Brentana, který definoval psychologii jako vědu o mentálních fenoménech. Mentální jevy se liší od fyzických tím, že fyzické jsou jen výsledkem smyslového vnímání, a proto jejich existence není jistá. Stumpf zkoumal vjemy hudebních tónů a fenomenologii považoval za druh introspekce. Husserl odmítal výklad zkušenosti v širším historickém, psychologickém či kulturním kontextu a tvrdil, že je třeba provést fenomenologickou redukci – uzávorkování okolního světa pro jeho čisté nazýrání. Popsal také eidetickou redukci, která umožňuje poznat esence, podstaty věcí.

Existenciální psychologie je filosoficky a spirituálně laděný směr, který se zabývá problematikou lidského bytí a jeho smyslu, otázkami lidského svědomí, hodnot, zodpovědnosti, osamělosti, intimity. Snaží se pochopit existenci z hlediska časovosti, život končí smrtí a člověk si je toho vědom. Představiteli jsou Soren Aabye Kierkegaard a Martin Heidegger. Kierkegaard vybízí k opravdovosti, z hlubokému a zodpovědnému přístupu k vlastnímu životu. Je třeba usilovat o to, aby člověk nebyl součástí anonymního celku. Martin Heidegger tvrdí, že člověk se ke svému bytí vztahuje, musí se o něj starat, obstarávat jej, a to je specificky lidské. Lidské bytí je ohraničeno smrtí. Člověk sem přišel bez vlastního přičinění, měl by ale převzít zodpovědnost za vlastní život a činit rozhodnutí, rozvrhnout si budoucnost.

Daseinsanalýza vznikla ve 20. století v Evropě a její představitelé jsou zejména Ludwig Binswanger a Medard Boss, kteří se pokusili vyjít z myšlenek Martina Heideggera a aplikovat je na oblast psychoterapie. Můžeme ji zařadit k existenciální psychologii. Binswanger rozlišuje tři modalitby bytí ve světě, které by měly být v harmonii: okolní svět, spolusvět, vlastní svět. Gion Condrau pokračoval ve vymezení daseinsanalýzy a definoval rozdíly s psychoanalýzou. Metodami porozumění jsou zde fenomenologie a hermeneutika.

Léčebnou metodou je rozhovor, výklad existenciální situace a snů, porozumění smyslu potíží. Heidegger definoval existenciály jako konstruktivní fenomény existence, daseinsanalýza z nich vychází k popisu psychopatologických nastvení. Psychosomatický přístup k člověku zde postupuje cestou výkladu individuální existence člověka a nemoci. Významnými představiteli směru daseinsanalýzy u nás jsou Jiří Růžička a Oldřich Čálek.

Skupinová psychoterapie je léčba určitého počtu pacientů, kteří se spolu setkávají při terapii, ale jsou léčeni jako samostatní jedinci. Existuje ještě druhá možnost přístupu, kdy jsou pacienti léčeni jako skupina, a cílem je porozumět dění ve skupině a utvářet dobré skupinové klima a hladkou komunikaci. Terapeut pak pomáhá nalézt účinné prostředky ke zvládnání napětí ve skupině.

Psychosomatika je výraz ze starověké řečtiny a její úlohou je zkoumat vztahy mezi duší a tělem. První ucelená psychosomatická teorie byla formulována maďarským psychoanalytikem Franzem Alexandrem, který ve svém díle „Psychosomatische Medizin“ popisuje tzv. svaté sedmero psychosomatických nemocí: peptický vřed, asthma bronchiale, vysoký krevní tlak, revmatická artritida, migréna, colitis ulcerosa a neurodermitis. Dalšími významnými jmény v tomto oboru jsou např. Helena Flanders Dunbar a Sigmund Freud.

Existuje několik teorií psychosomatické medicíny. Jsou to zejména teorie, hledající specifické psychologické proměnné, způsobující konkrétní onemocnění. Psychoanalytická teorie popisuje např. teorii nevědomých konfliktů, specifických změn emocí, teorii specifických osobnostních profilů. Kortikoviscerální koncepce ověřuje souvislost mezi vyšší nervovou soustavou a vegetativními funkcemi organismu. Koncepce psychického stresu vychází ze Seleyho teorie o všeobecném adaptačním syndromu. Popisuje stres jako zátěžovou situaci, různé druhy stresu a jeho fáze, které mohou vést k onemocnění. Koncepce alexitymie popisuje tzv. infantilní osobnost, které činí potíže vyjádřit své pocity a emoce. Bio-psycho-sociální model vychází z poznatku, že na člověka ve zdraví a nemoci je třeba pohlížet celostně a zahrnout také psychické a sociální aspekty.

Onemocnění střev bývá spojeno s určitými osobnostními charakteristikami pacientů. Podmínky, které často splňují pacienti, trpící onemocněním střev, jsou: perfekcionismus, přehnaná ctižádostivost, nadprůměrné úsilí o podávání co nejlepšího výkonu, nepřátelskost či zvýšená úzkostnost. Poruchy střevního traktu jsou velmi často také následkem stresových nezpracovaných životních událostí (např. ztráta blízké osoby). Pacienti mívají nedostatečné strategie pro zvládání stresu, silné emoce, příliš silné vazby v rodině či jinak asymetrické vztahy. U více než poloviny pacientů pozorujeme také deprese a úzkostné poruchy.

Podářilo se mi začlenit se do psychotherapeutické skupiny doc. Čálka a nezúčastněně pozorovat dění ve skupině jeden večer týdně po dobu tří měsíců. Mezi pacienty jsem si vybrala paní Marii, trpící krvácivými průjmy bez konkrétního lékařského nálezu, a pokusila se sepsat její příběh v kazuistice. Na psychosomatické onemocnění jsem se rozhodla zaměřit s pomocí psychotherapeutického směru daseinsanalýzy.

Z rozhovorů s Marií vyplynulo, že se pacientka nadměrně soustředí na podání výkonu, zejména v mezilidských vztazích. V těchto vztazích se také cítí nesvobodně a vztahy ji stojí určité sebezopření, přemáhání. Tento způsob chování si nese již z původní rodiny. Oba rodiče trpěli také zhoubným onemocněním střev. Nejraději je sama a před časem nastoupila do invalidního důchodu. Marie má jen neoficiální partnerský vztah kvůli neukončenému manželství partnera, což také ukazuje na Mariino sebezopírání. Psychotherapie pomáhá Marii k tomu, aby mohla předcházet zátěžovým situacím, aby porozuměla nemoci a mohla odpovědně naložit se svými možnostmi a budoucností.

Kazuistika také potvrzuje další koncepce psychosomatické medicíny, specifické i nespécifické. Mariinu onemocnění předcházelo dlouhé období stresového života, po kterém došlo k objevení příznaků a vyčerpání, spojené s psychickým zhroucením. Pacientka také odpovídá osobnostnímu profilu psychoanalytického pojetí.

11. Použitá literatura:

1. Baštecká, B. & kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
2. Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
3. Boss, M. (2002). *Včera v noci se mi zdálo*. Praha: Triton.
4. Bouček, J. & kol. (2003). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: UPOL.
5. Bouček, J. & kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: UPOL.
6. Condrau, G. (1998). *Sigmund Freud & Martin Heidegger*. Praha: Triton.
7. Čálek, O. (2005). *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton.
8. Čálek, O. (2010). *Daseinsanalytický výklad snů*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
9. Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
10. Faleide, A. O., Lian, L. B., Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada Publishing a.s.
11. Fava, G. V. (2009). *Psychosomatic assessment*. *Psychotherapy and psychosomatic; Psychother Psychosom* 2009; 78-333-341.
12. Heidegger, M. (2008). *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh.
13. Hlavinka, P. (2008). *Daseinsanalýza*. Praha: Grada Publishing a.s.
14. Hogenová, A. (2005). *K filosofii výkonu*. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o.
15. Hogenová, A. (2008). Slovo o teorii a praxi. Získáno 10.4.2012 z: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/Psomweb2008_2/z_konference_208.htm
16. Klugerová, M. (2009). *Daseinsanalýza - „Cesta ke svobodě“*. Praha: PPF.
17. Kořán, J. (2009). *Dobro, zlo a řeč v psychoterapii*. Praha: Triton.
18. Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing a.s.
19. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

20. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing a.s.
21. Lyotard, J. F. (1995). *Fenomenologie*. Praha: Victoria Publishing a.s.
22. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s.
23. Morschitzky, H. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál.
24. Plháková, A. (2007). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
25. Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
26. *Psychosomatika* (nedat.) Wikipedie, otevřená encyklopedie. Získáno 25.3.2012 z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychosomatika>
27. Růžička, J. (2003). *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Praha: Triton.
28. Růžička, J. (2006). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.
29. Růžička, J. (2008). *Rozhovor v daseinsanalýze*. Získáno 25.3.2012 z čas. Psychiatria: <http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-1/2008/psychoterapia/rozhovor-v-daseinsanalize.html>
30. Růžička, J. (2010). *Šamanství, léčitelství, moderní medicína a psychoterapie. Psychosomatické hledisko*. Získáno 25.3.2012 z čas. Psychosom: http://www.psychosom.cz/?page_id=1137
31. Sartre, J. P. (2004). *Existencialismus je humanismus*. Praha: Vyšehrad.
32. *Střevo* (nedat.) Wikipedie, otevřená encyklopedie. Získáno 25.3.2012 z <http://cs.wikipedia.org/wiki/St%C5%99evo>
33. Trapková, L., Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
34. Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
35. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *MKN 10* (27. prosince 2011). Získáno 25.3.2012 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>
36. Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing a.s.

37. Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
38. *Zdraví* (nedat.). Wikipedie, otevřená encyklopedie. Získáno 25.3.2012 z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdrav%C3%AD>