

V obecné části této knihy čtenář najde vedle přehledu různých směrů psychosomatiky také teoretický úvod do způsobu práce psychosomatické medicíny, jejíž poeticko-umělecké kořeny sahají až k antice a jsou chápány jako náprava jednostranné technicistní medicíny. Již v této obecné části je možno na mnoha příkladech sledovat těsné spojení teorie a praxe v psychosomatice.

Ve speciální části budou představeny konkrétní obrazy nemocí: bolesti hlavy, závratě, obezita, bronchiální astma, poruchy spánku a sexuality, onemocnění srdce a oběhového systému, poruchy příjmu potravy jako bulimie a anorexie, kožní onemocnění jako akné vulgaris a neurodermitida, revmatická choroba a mnoho dalších „psychosomatóz“. Centrální teze u všech těchto onemocnění zní: mnoho našich tělesných a psychických chorob vzniká, když se na delší dobu odmlčíme a nerealizujeme náš život v řeči a ve vztazích. O čem není možno mluvit, tím se musí onemocnět!

Berlín, v létě 1994

Gerhard Danzer

ČÁST PRVNÍ

Co je to psychosomatika?

Co znamená psychosomatika?

Před 175 lety, v době romantismu, byla psychosomatika poprvé nazvána jménem. Lékař Heinroth použil v roce 1818 ve své knize *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens* (Učebnice poruch duševního života) pojem psychosomatika v souvislosti s poruchami spánku, o nichž se domníval, že jsou způsobeny určitými duševními stavy a náladami. Přesto trvalo ještě skoro celé století, než z tohoto slova začal postupně krystalizovat určitý postoj a forma medicíny a zcela jedinečný způsob diagnostiky a terapie lidských onemocnění.

Pojem psychosomatika je dodnes mnohými pacienty, psychology a lékaři používán v zavádějícím a zároveň nepřesném smyslu. Často je chybně míněna medicína, která se stará o nemocné a jejich *primární duševní trápení*, kterému je pak přisuzována odpovědnost za *sekundární tělesnou poruchu*. Otázky prvenství slepice nebo vejce, příčiny a účinku, primární poruchy a sekundárního následku však nejsou u příliš mnoha „psychosomatóz“ objasněny a jsou často kladeny neprávem: U člověka vlastně nikdy neonemocní primárně jen duše, duch nebo tělo; vždy ochorí celá „bio-psycho-sociální jednotka člověk“, i když se přitom do popředí dostanou jednotlivé aspekty. Mimoto přispívá termín psychosomatika tu a tam k pochybnému dělení nemocí: jako by existovaly „somatické“, tedy tělesné, „psychické“, tedy duševní, a k tomu ještě „psychosomatické“, tedy smíšené choroby.

Otto Fenichel, veterán psychoanalýzy a jeden z prvních žáků Sigmunda Freuda, se kvůli tomu pojmem psychosomatika již ve čtyřicátých letech kriticky zaobíral.

Nemám výraz „psychosomatický“ rád, neboť z něj snadno vyplývá dualismus, který neexistuje. Každé onemocnění je „psychosomatické“, neboť žádné „somatické“ onemocnění není prosté „psychických“ vlivů. Nejen rezistence proti infekcím, nýbrž všechny životní funkce jsou neustále ovlivňovány duševním stavem organismu a nějaká i pouze „psychická“ konverze může vycházet ze „somatického“ základu. I nehoda se může přihodit z psychogenních důvodů.*

K dualismu, který Fenichel shledával závadným, se nabízejí ještě další kritické poznámky. Je možno se ptát, proč jsou v označení psychosomatiky zohledněny právě tyto dvě „strany“ nebo „aspekty“ člověka, jeho tělo a jeho duše, a ne třeba jeho duch nebo jeho vztahy k jiným lidem a světu. Sociální a duchovní zájmy hrají při vzniku a průběhu lidských onemocnění stejně závažnou roli jako duševní a tělesné události. Neměli bychom pak vždy, když se díváme na lidské choroby a k nim příslušející medicínu, konsekventně mluvit o „sociálně-duševně-spirituální somatice“? A pokud neexistují žádné „čistě somatické“ nebo „čistě psychické“ nemoci, je pak vůbec zapotřebí vlastního oboru „psychosomatiky“, nebo není vlastně spíše celá humánní medicína ve své podstatě psychosomatická?

Vycházíme skutečně z předpokladu, že při všech onemocněních – a je jedno, zda se jedná o pacienty chirurgické, nebo interní, o gynekologické, nebo o dermatologické, o pacienty oční, nebo neurologické – je „psychosomatický“ postoj a přístup medicínského systému k diagnostice a terapii dotyčného onemocnění indikovány a nutný. Ještě jednou zdůrazňujeme, že tím není kladena a zodpovězena otázka „psycho-“ nebo „somatogeneze“ nemoci, ale spíše jsme tím poplatní mnohovrstevné celistvosti člověka (život a duše, tělo a duch, sociální vztahy) a z toho vyrůstající komplexnosti lidského onemocnění.

Nejde tedy o to chápat psychosomatiku jako medicínské specifikum nebo obor vedle ostatních oborů a disciplín. Právě tato fragmentující specifikace vedla k tomu, že se psychologické a antropologické aspekty nemoci stále více ztrácely ze „somatických“ oborů a byly prohlášovány za speciální problémy psychologie nebo psychosomatiky.

Toto přiřazení oddělilo ve druhé polovině 19. a v první polovině 20. století bezduchou tělesnou medicínu (somatiku) od netělesné medicíny duše (psychologie, psychoterapie). Ale aby nebyla diagnostikována

* Fenichel, O. (1945): Die Klassifizierung der sogenannten Krankheitserscheinungen. In: *Aufsätze*. Svazek 2, s. 353. Vydal Klaus Lärmann, Frankfurt - Berlín - Vídeň 1985.

a léčena pouze duše bez těla nebo tělo bez duše, nýbrž celý člověk, je zapotřebí *lékařské vědy zabývající se celou osobou*, která pacienta a jeho nemoc vnímá a respektuje v jejich skutečné komplexnosti.

Psychosomatika jako lékařská věda zabývající se celou osobou

Nejpozději s programovou větou „Medicína bude přírodní vědou, nebo nebude existovat“, kterou v roce 1900 formuloval proslulý klinik Naunyn, byly stanoveny meze pro metodiku medicíny 20. století, stejně jako pro definici jejích objektů zkoumání. Pod praporem přírodních věd dosáhla medicína moderního věku netušených břehů exaktního vědění a obdivuhodných úspěchů v léčení. Pacienti a jejich osudy byly více a více redukovány na míru a počet.

Tyto deficity zaměstnávaly medicínské outsidersy: Hlubinná psychologie a především psychoanalýza, jakož i antropologicky a filozoficky orientovaní lékaři formulovali v první polovině našeho století rozličné modely a teorie „celostní medicíny“ (Viktor von Weizsäcker), na jejichž základech staví moderní psychosomatika ještě dnes. Vedle těchto teoretických modelů (člověk jako osoba, jako bio-psycho-sociální jednotka, jako bytost s vědomými a nevědomými částmi – hlubinná struktura) a z nich vyplývajících diagnosticko-terapeutických konceptů (biografická medicína, psychoterapie, „léčení skrze ducha“) zdělila moderní psychosomatika od svých otců především úkol těsně spojit a integrovat s jinými medicínskými obory své antropologické a (hlubinně-) psychologické vědomosti, své specifické teoreticko-poznávací zaměření, své vlastní vědecké kladení otázek, své diagnostické schopnosti, jakož i terapeutické kompetence a osobitosti.

Takováto *integrativní psychosomatika* vidí svou prapůvodní úlohu – společně se „somaticky“ – v odhalování a překonávání metodologických, diagnostických a terapeutických deficitů nebo jednostranností medicíny. Jejím cílem je medicína, která v ideálním případě způsobí, že psychosomatika bude zbytečná jako obor, ale ne jako lékařský postoj a vědecký základ. Přitom jde zejména o *srozumitelnou rekonstrukci celé osoby*. Aby se dostala blíže k tomuto cíli, je psychosomatika odkázána na metody a výsledky „somatické medicíny“, vedle toho však také na „pomocné vědy“, jako jsou antropologie a filozofie. Ke skutečnému poro-

zumění nějaké osobě a její nemoci je mimoto potřebná notná dávka umělecké intuice.

Okruhy úkolů integrativní psychosomatiky

Pro integrativní psychosomatiku neexistuje žádná medicínská subdisciplína nebo lidské onemocnění, pro které by nebyla použitelná. Každá lidská nemoc se dá zaevidovat, posoudit a popřípadě léčit ve své biomedicínské, psychosociální a duchovní dimenzi, aniž by se tím rozhodovalo o „psycho-“ nebo „sociogenezi“ somatóz (a obráceně). Každá lidská choroba vzniká v kontextu s určitou biografií, podle vlastní existenciální situace, a ze své strany ovlivňuje průběh života, aniž by se daly vystopovat příčinné nebo konečné souvztažnosti.

Ačkoli by tedy z psychosomatického způsobu pohledu a přístupu, stejně jako i z odpovídajícího způsobu léčení mohly mít prospěch celé oblasti například vnitřního lékařství, neurologie, chirurgie, dermatologie nebo gynekologie, věnovala psychosomatika v minulosti zvláštní pozornost zejména některým oblastem a obrazům nemoci.

Nemoci, které jsou tradičně počítány mezi psychosomatózy

Od dob psychosomatika Franze Alexandra nechyběly pokusy definovat určité (nejen interní) nemoci jako psychosomatózy v užším slova smyslu. Jako nemoci, u jejichž etiologie (vzniku), patofyziologie (chorobně změněná funkce) nebo také terapie je možno předpokládat psychosociální momenty a proměnné, označil Alexander (1950) např. bronchiální astma, esenciální vysoký krevní tlak (vysoký krevní tlak bez zjevné organické příčiny – pozn. překl.), migrénu a jiné druhy bolestí hlavy, revmatickou artritidu, ale také tyreotoxikózu (zvýšenou funkci štítné žlázy), diabetes mellitus (cukrovku) a mnoho jiných.

Tento výčet byl v průběhu doby mnohokrát změněn. Dnes odlišujeme například „poruchy funkce“ (tedy poruchy, které se týkají „pouze“ funkce, ale ne tvorby či struktury orgánu; např. hyperventilace) od nemocí se změnami morfologickými (tj. zachycujícími podobu orgánu) a strukturálními – např. žaludeční vřed. Funkční poruchy mohou být dále děleny na poruchy se sekundárními morfologickými změnami nebo bez nich, morfologické změny dále na strukturální změny reverzibilní (tedy vratné) a ireverzibilní (nevratné).

Onemocnění s dosud nejistým psychosomatickým počátečním výkladem

U právě zmíněné skupiny psychosomatóz byl v posledních desetiletích s pomocí četných empirických studií, sociodemografických výzkumů a výzkumů jednotlivých případů zjištěn nebo přinejmenším přijat jako možný vliv psychosociálních a duchovních faktorů.

U velké skupiny interních, jakž i jiných onemocnění však dosud větší či menší účast psychosociálních nebo duchovních faktorů nemohla být prokázána. Integrativní psychosomatika však zahrnuje i tyto pacienty mezi svou potenciální klientelu, protože lze předpokládat patologické průběhy, jejichž kořeny sahají daleko do oblasti „psychosociální“, nebo protože si tito nemocní ze svého „primárně“ somatického onemocnění „sekundárně“ vyvinuli psychické poruchy, které zase ve své podstatě působí psychosomatické problémy a otázky. Jako příklad můžeme jmenovat mnohé infekce, poruchy látkové výměny i prokrvení, zhoubné a nezhoubné nádory, ale také úrazy.

Nemoci s chronickým průběhem

Zejména všechny chronické nemoci (jako např. diabetes mellitus, koronární srdeční choroba, revmatická artritida, nedostatečnost ledvin s léčením dialýzou) nutí k zamyšlení nad mnohočetnými problémy zpracování nemoci, jakož i přijetí terapie pacienty. Mimoto jde často o adekvátní zacházení příslušných lékařů a ošetřujícího personálu s těmito pacienty.

Psychosomatika zde používá termíny „coping“ (zpracování nemoci) a „compliance“ (přijímání terapie), za kterými se občas skrývají rozsáhlé a do hloubky sahající otázky sociální, duševní nebo duchovní povahy. Mohou se týkat jednotlivého pacienta stejně jako jeho (medicínského) okolí.

Mnoho terapeutických postupů selhává na tom, že otázky akceptovatelnosti léčení nebo zpracování nemoci kladeny nejsou nebo jsou jen naznačeny. Velké množství předepsaných léků – stejně jako plánování diet nebo pohybu – putuje u mnoha pacientů do koše na odpadky, neboť postižení dostatečně nepochopili ani svou chorobu, ani nutnost její léčby.

Psychosomatika zde může být přednostně definována jako překladatelská práce. Většina problémů copingu a compliance se zakládá na problémech komunikace mezi lékaři a pacienty. Teprve když lékař sku-

tečně přijme a pochopí strach a výhrady svých klientů a když pacient přijme diagnózu a příkazy svých lékařů, pak teprve existuje naděje na adekvátní zpracování nemoci a na akceptovatelnost léčby. Protože však často pacienti a lékaři mluví zásadně různými jazyky – jedni řečí symptomů, druhí odborným jazykem svého povolání – existuje nutná potřeba překladu v obou směrech. I na to musí být integrativní psychosomatika vyzbrojena a připravena.

Nemoci po medicínském zásahu

Mnozí pacienti, kteří jsou po více či méně rozsáhlém zásahu naším somatickým lékařským systémem propuštěni jako „zdraví“ nebo „ve zlepšeném stavu“, si očividně právě oním zásahem naložili problémy, které nejsou v mnoha případech schopni sami nést.

Zvláště nápadné budou většinou otázky projevující se na duševní nebo sociální úrovni po transplantaci (srdce, jater, kostní dřeně), po operacích bypassu (překlenutí vén) nebo srdečního stimulátoru apod. Cizí orgán nebo „zvenčí“ vytvořený srdeční rytmus nechávají vyvstat problémům, které dalece přesahují „pouhou“ reakci odmítnutí tkání nebo „jednoduchý“ syndrom srdečního stimulátoru. Lékaři a sestry by měli disponovat základními psychosomatickými, hlubinně psychologickými a antropologickými znalostmi a dovednostmi, aby přinejmenším ve správném okamžiku rozpoznali indikaci psychosomatické nebo psychotherapeutické léčby. Často se totiž tyto pacienti dostávají teprve po zdoluhavých a velice nákladných oklikách „somatické“ medicíny na „správnou adresu“ psychosomatického oddělení, které ví, jak rozpoznat a léčit jak původní tělesné onemocnění, tak i z terapie vyvstalé duševní a duchovní problémy.

Nemoci charakteru extrémní existenciální situace

Medicína konce 20. století má jak pro pacienty, tak i pro ošetřující personál připravenou spoustu extrémních situací. Je jedno, zda jde o opatření intenzivní medicíny, o vysoce komplexní operativní zákroky a s nimi související následnou péči (např. u transplantací srdce), nebo o náročnou léčbu nádorových onemocnění (např. u transplantace kostní dřeně) – postižení, jejich soukromé i nemocniční okolí se vždy dostávají do (přetěžující!) existenciální tísně, často do situací souvisejících se životem a smrtí.

Ani pacienti a ani většina lékařů a sester nejsou dostatečně připraveni na duševní napětí, sociální zátěž a duchovní výzvy vyplývající z těchto situací a neumějí s nimi zacházet. Následkem mohou být oboustranné výčitky, odmítání pacientů nebo medicínsky indikované léčby, popírání a potlačování, ale také depresivní nálady, návykové chování a mnoho jiných reakcí.

Psychosomatika zde často dostane úlohu pacienta podpořit a provázet často mnoho týdnů nebo měsíců trvajícím procesem diagnostiky a terapie, aniž by mnohdy mohla doufat v „odměnu zlepšení stavu“ pacientů. To je třeba také přijatelným způsobem sdělit lékařům a ošetřujícímu personálu. Balintovské skupiny, supervize, terapeutické skupiny apod. mohou sloužit k tomu, aby všem zúčastněným byly vysvětleny mechanismy a rozsah potlačování a dalších obranných strategií, ke kterým se uchylujeme v extrémních situacích, abychom tak nějak stabilizovali „přežili“. Také zprostředkování tohoto vědění patří do psychotherapeutické a psychosomatické medicíny a také tyto aspekty budou obsahem této knihy.

Kdo vlastně je pacient?

Představme si, že by se tvorby definice budoucí psychosomatiky účastnili filozofové, že by při utváření medicíny a psychologie na začátku nového tisíciletí mohli říci své, měli by vliv na kliniky, na vědecko-medicínské instituce, na lékařskou a psychoterapeutickou praxi. Došlo by pak ke znatelným a vytouženým změnám? Jakým způsobem a jakým směrem by se změnily instituce, lékaři a psychologové a jimi praktikované umění léčby? Na jakých pilířích by spočíval tento vztah mezi psychosomatikou a filozofií a jak plodný by mohl být?

Proč by se však vůbec měla věnovat pozornost slovům filozofů při projednávání medicínských a psychologických problémů? Jaké věno by asi tak mohlo být očekáváno z tohoto „spekulativního kouta“, a bude se vůbec někdy hodit do „psychosomatické kuchyně“? Nepovaluje se tu už tak dost zaprášeného nepoužitého „filozofického porcelánu“? A mají chuť filozofů na všechno se vyptávat, záliba v překvapivě mnohvrstevných a komplexních tématech, tyto humánně antropologické „povídáčky“ a „tlachání“ skutečně něco společného s vědeckou socializací kompetentního a mnohostranného psychosomatika?

Nepatří snad k formujícímu vědecko-psychosomatickému vzdělání namísto řešení ontologických (týkajících se podstaty bytí), metodologických a teoreticko-poznávacích křížovek spíše takové věci jako substance P (přenašeč nervových podnětů), freiburský osobnostní dotazník (psychologický test měření znaků osobnosti) nebo histologické změny střevní stěny u colitis ulcerosa (psychosomatické onemocnění převážně stěny tlustého střeva)?

Vedle této zčásti smysluplné dávky učiva však k přednostním úkolům v psychosomatice patří kromě jiného reflexe základní antropologie.*

S její pomocí se můžeme lépe orientovat v teorémech a v hypotézách, vědeckých přístupech, metodách a terminologiích, jež z nich vyplývají. Konkrétní příklad by nám měl demonstrovat nutnost a dosah filozofické reflexe v oblasti „somatické“ a také „psychosomatické“ medicíny a psychologie. Tím se zároveň dotkneme úvodní otázky, kdo vlastně je pacient.

Případ

Pan S. – pětapadesátiletý, ženatý, léta bez práce, slušně zaopatřený, trpící nadváhou (cca 110 kg) – prodělal v polovině roku 1991 v jednom velkém kardiologickém centru v Německu transplantaci srdce. Již léta byl u pana S. znám zvýšený krevní tlak, porucha metabolismu tuku a návyk na nikotin (30–40 cigaret denně). Počátkem roku 1990 pan S. utrpěl infarkt a o několik týdnů později byl operativně léčen bypassy věn (překlenovací oběh srdečních arterií). Přesto v pozdním létě téhož roku utrpěl druhý infarkt.

Od druhého infarktu až do transplantace srdce se pan S. téměř nepřetržitě zdržoval na klinice, kde čekal na své „nové srdce“. Transplantace proběhla zcela bez komplikací a pacient byl krátce po ní „zdráv“ propuštěn domů. Od té doby se pan S. znovu a znovu vracel na kliniku vozem rychlé lékařské pomoci. Pokaždé, jak to pacient popisoval, ho trápily úporné bolesti v oblasti hrudního koše, ale také v oblasti ramen, kyčlí a celého břicha. Tyto potíže líčil velice dramaticky.

Přes rozsáhlé a pečlivé vyšetření (i pomocí přístrojů) nebylo možno najít žádné somatické koreláty k potížím pana S. Všechny dosud zjištěné nálezy poukazovaly na „zcela“ zdravé tělo a „výtečně fungující“ transplantované srdce. Pan S. je většinou pár hodin po přijetí na kliniku bez potíží. Několik dní po propuštění se však potíže objeví znovu. Kolotoč začíná znovu.

* Portmann, A. (1956): Um eine basale Antropologie. In: *Biologie und Geist*. S. 277 a násl. Frankfurt a. M. 1973.

Ontologické a antropologické úvahy

U právě vylíčeného případu je třeba dotknout se několika relevantních ontologických a antropologických problémů.

Ontologie se zabývá podstatou bytí, charakterem a strukturou, smyslem a úlohou toho, co „tu“ je. Jako učení o určení a významu bytí se pokouší odpovědět na otázky podstaty neživé a živé přírody jakož i člověka, jeho „postavení ve vesmíru“ (Max Scheler) a jeho kulturního světa. Vztaženo na nikdy plně nevyjasněný ontologický výklad lidské existence řekl Dostojevský, že každý mravenec zná vzorec svého mraveniště a každá včela vzorec svého úlu – jen člověk svůj vzorec nezná.

Příklad pana S. by měl obrátit pozornost k tomu, jak eminentní význam má volba „správného vzorce“ a náležitá ontologie pro diagnózu a terapii každého pacienta. V každém případě je významné, zda lékaři a psychologové zkoumají, vyšetřují a léčí „animal rationale“ nebo „l'homme machine“, „homo faber“ nebo „ens amans“, člověka jako „obraz Boha“, nebo jako „neurčité zvíře“, „zoon politikon“, či „animal symbolicum“. Vše, od výběru diagnózy až po užití léčebných metod, od pojmu zdraví po pojem nemoc, souvisí se specifickými, základními ontologickými a antropologickými stanovisky.

Pan S. jako „l'homme machine“

René Descartes dal protikladem „res cogitans“ (myslící substance) a „res extensa“ (hmotného rozpínajícího se světa) formulovaným v první polovině 17. století základ dualismu, který se rozšířil až do myšlení a jednání mnoha lékařů a psychologů 20. století. Descartes chápe lidské tělo jako stroj, jehož částice se – analogicky s ostatní hmotou – chovají podle matematicko-mechanistických zákonitostí. „Res extensa“ pak s „cogito“, s duševně-duchovními oblastmi člověka, komunikuje na jedním jediném místě – v šišince mozkové.

Julien Offray de Lamettrie tyto myšlenky vyhrotil. Titul a obsah jeho knihy *L'homme machine* (1748) se staly paradigmatem mnoha generací vědců-lékařů. Anatomie, fyziologie a patologie, ale také široké obory užitého lékařství vděčí za své grandiózní úspěchy kromě jiného tomuto paradigmatu, které chápe lidské tělo jako stroj a činí ho použitelným z hlediska přírodních věd.

Posuzovat však pana S. pouze jako stroj vede nevyhnutelně k redukcionistickému nedocení a špatné interpretaci. S pomocí přírodovědecké metodiky bylo možno závčas měřit vysoký krevní tlak, značně zvýšené hodnoty krevních tuků i nadváhu. A také bylo možno prostřednictvím vyšetření krve a opakovaného záznamu EKG včas identifikovat oba srdeční infarkty pana S. jako takové a na základě následující katetrizace srdce určit jejich přesnou lokalizaci v systému věnčitých cév srdce. Intenzivně medicínská a operativní léčba infarktů srdce (např. terapie lýzou – rozpuštění krevní sraženiny, cévní bypass – přemostění ucpaných nefunkčních cév, transplantace srdce) je rovněž vysoce účinným převedením mechanistického paradigmatu do konkrétní a nutné lékařské pomoci.

Mnohé aspekty anamnézy pana S. však zůstávají pro takovou medicínu skryté a nesrozumitelné: životopis, charakter, světový názor nebo sociální pozadí, příčiny a motivy nadváhy, vysokého krevního tlaku, poruchy metabolismu tuků, jakož i závislosti na nikotinu (jako podstatné faktory koronární srdeční choroby). Pro tuto medicínu bude proto obtížné správně vnímat a chápat specifické reakce pana S. před transplantací srdce i po ní. Zodpovědní lékaři jednají podle svého ontologického kréda a stereotypně, když opakovaně, s pomocí přístrojů proměřují tělo pana S. Ačkoli je mu každý týden potvrzován jeho zdravý stav, cítí se pan S. nemocen. Co mu však „chybí“?

Je pan S. „orálně laděný“?

Dominance paradigmatu „l'homme machine“ značně zakolísala díky Sigmundu Freudovi. Ten totiž zdůrazňoval subjektivní charakter lidského zdraví i nemoci. Subjekt má ve své biografii, zejména v podobě svého raně dětského pudového osudu, klíč k porozumění mnoha svým (duševním) nemocem. Psychoanalytická „talking cure“ chce otevřít tento často zasutý přístup k raným zážitkům a snům, a tím – cestou odstranění potlačování a zapomínání – umožnit léčení, růst a vývoj.

Samozřejmě i psychoanalýza – jako všechny formy psychologie – implikuje určitý obraz člověka a pacienta, specifickou ontologii a antropologii. V tom se odráží Freudova vlastní vědecká socializace, duch doby, ve které se narodil, i osobní názory a charakterové rysy. Jeho psycho-

analytická teorie a terminologie vyrostly na půdě dominantních duchovně- a kulturně-historických myšlenek druhé poloviny 19. století.

Duchem doby podmíněné slabiny a jednostrannosti se projevují například ve Freudově zálibě v mechanistických a materialistických modelech vysvětlování lidské psyché. V těchto modelech operuje s kvantitami energií a součty vzruchů, s konstantami zachování energie, s prahovými hodnotami přeměny kvantit v kvalitu a naopak. Dvě základní síly (sexuální a agresivní pudy) mají sloužit tomu, aby byl „parní kotel duše“ držen v pohybu, vytvářejí spolu různorodé poměry směsi (podle biografie a raně dětského pudového osudu) a jsou zodpovědné za pozdější potíže a nemoci duševní a somatické povahy.

Co by pan S. získal, kdyby se ve „svém“ kardiologickém centru setkal nejen s chirurgy, anesteziology nebo internisty, ale také s psychoanalytiky? Ze kterých stránek jeho anamnézy pak mohla vycházet léčivá interpretace, které symptomy mohly být zmírněny nebo dokonce překonány?

Je možné, že by psychoanalytik u pana S. upozornil a příslušně zareagoval na jeho problematiku závislosti (obezita, užívání nikotinu), popřípadě na jeho vysoký krevní tlak a na zvláštní bolestivé stavy.

Závislost lze v psychoanalýze vykládat z hlediska psychologie já a z pudově psychologického hlediska. Podle já-psychologie existuje „insuficientní (nedostatečná) psychologická struktura“ (Kohut). Prostřednictvím drogy jsou pak takřkajíc vyplňována a kompenzována „prázdná místa“ v já. Pudově psychologicky jde u závislosti údajně o poruchu sexuálního předstupně orality.

Místo sexuální slasti ... je hledán ... jistý druh primitivního narcistického požitku... Droga zde hraje roli částečného objektu. Je pro závislého milovanou částí matky nebo otce, po které touží s infantilní žádostivostí a kterou si přivlastňuje... Závislý tedy regreduje ... na pozdní orálně sadistický stupeň...*

Podle psychoanalytické teorie má být člověk bytostí, která je utvářena a žije podle svých pudů – na prvním místě podle pudu sexuálního a agresivního. Vedle „já“ má tato bytost mít také „nadjá“ a „ono“. V „ono“ sídlí sexuální a agresivní pudy, které neustále dychtí po uspokojení. Proti nim stojí představy norem a hodnot a také svědomí člověka,

* Loch, W. (1983): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. S. 271. Stuttgart 1983.

kteřé jsou shrnuty v duševní instanci „nadjá“. „Já“ přísluší ona nevděčná úloha být prostředníkem mezi těmito dvěma instancemi a také požadavky okolí. Z těchto tří „pater“ nebo instancí se podle Freuda skládá lidská duše. Nemoci duše interpretuje jako nepodařené interakce mezi jednotlivými instancemi nebo jako nepříznivý (raně dětský) vývoj (např. pudů).

U člověka trpícího závislostí (jako je pan S.) je pud agresivity prokazatelný ve formě „orálně sadistických“ tendencí, sexuální pud je patrný na „alimentárním orgasmu“. S každou cigaretou, s každou bramborou navíc „pohlcuje“ část svých rodičů (kanibalismus). Může však být tento orálně sadistický, alimentárnímu orgasmu holdující kanibal skutečně identický s panem S. (nebo s kterýmkoli jiným člověkem)?

Ani ontologie vlastní psychoanalytické teorii očividně nestačí na to, aby panu S. dostatečně vysvětlila jeho život a jeho onemocnění. Konkrétní psychoanalytická praxe, tedy vážné a pravidelné rozhovory mezi terapeutem a panem S. by sice mohly přinést případné zmírnění některých symptomů, toto zmírnění by však bylo spíše výsledkem zdařilého navázání vztahu než výrazem výstižné ontologie. Jak tedy musí vypadat ontologická a antropologická báze, která přiměřeně zohlední specifické lidské zvláštnosti, onu *conditio humana*?

Pan S. jako „osvícená bytost“

Podle filozofa Karla Löwitha není člověk

... ani anatomicky preparovatelná kostra ani fyziologicky fungující organismus ani to, co na něm zkoumají různé psychologie. Na rozdíl od těchto antropologií je filozofická antropologie pokusem chápat člověka jako takového a jako celek...*

Löwithova antropologie staví do centra ducha, osvícenost lidského vědomí. Dar ducha, „být osvícen“ (Heidegger) představuje rozhodující skok od zvířecí říše k člověku, i když animální původ nebo naše tělesnost nejsou od ducha oddělitelné. Právě duch je kotvištěm pro porozumění člověku a platformou pro jeho definici.

* Löwith, K. (1957): *Zur Frage einer philosophischen Anthropologie*. In: *Sämtliche Schriften* 1. S. 392. Stuttgart 1981.

Nejen že je nesmyslné pokoušet se pochopit lidskost člověka ze strany jeho zvířecího původu, ale stejně nesmyslné by bylo pokoušet se pochopit zvířecost zvířete podle člověka.*

Duch patří ke *cognitio humana*, v něm se odlišuje prostý biologický život od lidského bytí. Jako schopnost člověka k sebereflexi a k zaujetí stanoviska vůči sobě samému však duch v žádném případě nevychází z nějakého metafyzického principu nebo z „*res cogitans*“, jež by mohly být chápány jako oddělené od těla.

Duch však není u člověka žádné dodatečné vrchní patro, ale je od prvopočátku u všeho přítomný a činný již v nejjednodušších hnutích duše a těla, i když ještě není „pro sebe“ nebo osvobozen jako u vědomě a rozumně si počínajícího dospělého člověka. Vědomí představuje propast, která rozlišuje a odděluje člověka od zvířete. Vědomí je však více než pouhé vědomosti o něčem. Má stejný význam jako jasné vidění a bdělost. Toto vidící, bdělé vědomí je rozhodujícím aktem odlišení se od ostatních.**

Pokud by reflexivita, vztah k sobě (a ke světu) a duchovnost byly prohlášeny za základní a specifické lidské vlastnosti, pak by bylo oprávněné zohlednit tyto ontologické konstanty také při genezi, diagnostice a léčbě lidských nemocí. Jazykové, duchovní a citové vlohy pacienta, jeho kulturní a světové názory a postoje, vycházející vždy z jeho vlastní duchovnosti, se pak mohou stát diagnostickou a léčebnou pákou medicíny, psychologie a psychosomatiky.

Pak by bylo možno se pana S. ptát – pokud bychom např. chtěli správně pochopit a zařadit jeho obezitu – na jeho normy a hodnoty, na jeho etiku a životní styl, na jeho politickou a sociální orientaci. Respektuje a realizuje pan S. při zacházení se sebou a se světem rozum a ducha? Nehraje u něho nemoc také roli indikátoru „krize ducha“?

* Löwith, K. (1928): Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen. In: *Sämtliche Schriften* 1. S. 34. Stuttgart 1981.

** Löwith, K. (1975): Zur Frage einer philosophischen Anthropologie. In: *Sämtliche Schriften* 1. S. 333. Stuttgart 1981.

Pan S. jako osoba

Vedle možnosti rozvíjet ducha a podílet se na duchovním světě lpí na „objektu“ člověk ještě další ontologické znaky. „Objektem“ vyšetření a léčení každé medicíny a psychologie, každé psychosomatiky je subjekt, osoba! Medicína, psychologie a psychosomatika nemohou jinak než počítat jako se svou klientelou se subjekty – nebo se se svými pacienty minou.

Každý člověk je vždy ten druhý (Sartre), který jako subjekt mě, jenž se cítím středem svého světa, činí objektem, staví mě na periferii a sebe sama do středu svého vlastního světa. Každý člověk je vždy také osobou (Scheler), která rozpoznává (rovněž duchovní akt) a realizuje hodnoty. Přitom se – jako výraz rozpoznání a realizace hodnot – vyvíjejí city. Afekty jako náhrada citů poukazují na nedostatek hodnotových vztahů.

Tato zjištění jsou pro medicínu a psychologii naprosto relevantní. U mnoha pacientů je možné již dlouho před vypuknutím nemoci diagnostikovat nedostatek citů nebo převahu afektů. V etiopatogenezi lidských nemocí skoro nikdy nechybí závist, lakota, vztek, žárlivost, smutek nebo podvědomá nenávisť. Kromě toho se často ukazuje nedostatek v oblasti subjektu nebo osoby. Většina pacientů cítí, že je život, nemoc (a také medicína) činí objektem a omezuje je v jejich roli autonomního tvořivého subjektu.

Tyto faktory vykazuje i biografie pana S. Přibližně ve věku čtyřiceti let – poté co byl hvězdou v šoubyznysu – byl konfrontován se svou „bezvýznamností“ a s ní spojenou nezaměstnaností. Pan S. neuměl dát svému životu nový smysl nebo nové nosné hodnoty. Převážil pocit prázdnoty a rezignace. Růst a vývoj jeho osoby od té doby stagnoval.

Jednoduché ontologické zjištění „pan S. je osoba“ – pokud je ve všech jeho důsledcích bereme vážně – určuje rozhodujícím způsobem výběr diagnostických a léčebných metod medicíny, psychologie a psychosomatiky. Cožpak je možné počítat, vážít a měřit osobitost člověka, může lékař a psycholog diagnostikovat míry a kontury subjektu? Jak dalece musí být vyvinuta vlastní osoba, aby člověk dokázal rozpoznat jiné osoby v jejich osobitém bytí? Skutečně mohou být léčeny somatózy, neurózy a psychózy tím, že pacient rozvine vlastní osobu? Jak člověk rozvine svou osobu, jak rozšíří své pocity, jak rozpozná hodnoty? Jakou roli v tomto procesu zaujímá lékař, jakým přístupem dosáhne on – respektive pacient – co nejlepších výsledků?

Pan S. v roli bližního

Podle existenciální filozofie žije člověk „navenek“, vždy „ve vztahu k...“, je vržen do svého světa, aniž by se mohl nebo chtěl stáhnout zpět do svého „nitra“, své „psyché“ nebo na jiné ostrovy. Zdravý člověk nemusí být nejdříve veden nebo sváděn k otevřenosti vůči světu, je vůči světu otevřený od prvního okamžiku své existence. Jeho bytí se kryje s neustálým vnímáním světa a vztahováním se k němu. Popisovat člověka jako primárně narcistickou, autoerotickou bytost (jak je tomu u některých hlubinných psychologů), která s obtížemi orientuje své libido na jiné „objekty“, aby ho však při nejbližší příležitosti opět stáhla, se zdá z ontologického pohledu více než pochybné.

Nejpodstatnější a nejradostnější „předmět“, který člověk ve své otevřenosti vůči světu potkává, je bližní. Také k němu má jednotlivec vždy nějaký vztah, bytí je vždy zároveň spolu-bytí. Karl Löwith zdůrazňoval tento aspekt naší existence do té míry, že v roce 1928 nazval svůj habilitační spis *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen* (Individuum v roli bližního). Roli bližního se můžeme jen těžko vyhnout nebo ji popřít, neboť za každý z našich lidských výkonů, řeč, myšlení, city, „účasť na duchu“, ano, dokonce i za prostou organickou existenci vděčíme skutečnosti, že existují bližní, do jejichž kontextu se rodíme a s jejichž vzory jsme propleteni.

Podle toho pak působí obrnění a uzavření se, označované Sartrem za „pra-hřích“ člověka, jako patogenní agens par excellence. Toto uzavření se však nesmí být zaměňováno s ústupem coby uměním sebezáchovy nebo formou proměny a metamorfózy. Když lidé v důsledku své biografie nebo kvůli momentální životní situaci drasticky omezí svou otevřenost vůči světu, hrozí jim nebezpečí vážného onemocnění. Oloupi se

...o vlastní způsob života ..., [který] ... vytváří životní souvislost individua s ostatními...*

Vzdávají se dynamické otevřenosti vůči světu a přibližují se – často je to znatelné již na držení těla – obtížnějšímu a těžkopádnějšímu stavu hmoty. Nemoc, zejména somatická nemoc, může být tudíž popsána jako

* Löwith, K. (1928): *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*. In: *Sämtliche Schriften*. S. 37. Stuttgart 1981.

„příliš mnoho“ hmoty a „příliš málo“ ducha a dialogického uskutečňování života.

Také historie nemoci pana S. vykazuje patogenetický faktor uzavřenosti. Pacient v posledních letech zcela pohřbil naději na to, že bude milovat a bude milován. Již dlouho žije v emocionálním odstupu od své „hašteřivé a svárlivé“ manželky. Čím sám přispěl ke zhoršení svého manželství, to neví. Každopádně ho vůbec neruší, že svou ženu často po celé dny a týdny během svých pobytů na klinice nevidí. Naopak, pobyty v nemocnici vnášejí do nudy jeho všedního dne ulehčení a změnu.

Pan S. jako „subjekt v krizi“

Viktor von Weizsäcker jednou označil nemocného za „subjekt v krizi“. Použijeme-li již uvedené ontologické znaky a tento Weizsäckerův popis na pana S., lze u něho rozlišit různé druhy „krizí“.

Člověk byl označen jako potenciálně rozumem nadaná, duchem „obdařená“ bytost. Má volbu rozum respektovat a chovat se podle něj – tedy „žít rozumně“ – nebo ho ignorovat. Nemoci pana S., zejména „rizikové faktory“, které se u něho objevily (nadváha, vysoký krevní tlak, poruchy metabolismu tuků, užívání nikotinu), by mohly být interpretovány jako roky trvající život proti zákonům biologie a rozumu (*rozumová krize*).

U člověka bylo dále určeno bytí osoby, schopnost dialogu. Je bližní, který si má vůči sobě vytvořit postoj péče a vůči ostatním postoj starostlivosti. Onemocnění pana S. vyrostlo na půdě stažení se a osamění, je možno chápat ho jako *vztahovou krizi*.

Člověk rozvrhuje sám sebe, uskutečňuje svou svobodu ve své budoucnosti. V transcendování, v činu se člověk stává člověkem. Stagnace, regrese a přehnaný vztah k minulosti, jaké dominují u pana S. od jeho nedobrovolného ukončení výkonu povolání, vedou ke *krizím vlastní hodnoty* a ty popřípadě k „tělesnému“ nebo „duševnímu“ onemocnění.

Člověk je stavěn před úkol rozpoznávat hodnoty a uznávat a realizovat je podle jejich důležitosti. Tím, že uznává hodnoty, přispívá ke zmnožení smyslu ve světě. Nemoc sama o sobě představuje na první pohled to nesmyslné a často vyrůstá – jako u pana S. – z nějaké absurdní životní situace. Vyléčení tudíž znamená i odhalení smyslu onemocnění a „smys-

luplnou“ změnu horizontu *krize smyslu života*, na jejímž základě dotyčná choroba vznikla.

Být pacientem podle toho znamená být konfrontován s jednou nebo s větším počtem takových krizí. A vyléčení znamená – při zohlednění této „základní antropologie“ – vnímání a možné překonání právě těchto krizí.

KAPITOLA 3

Pojem zdraví z hlediska psychosomatiky

Hlavní pozornost lékařského a psychotherapeutického snažení platí diagnostice a terapii nemocí. Zcela samozřejmě přitom používáme jako imaginární cíl naší činnosti pojem lidského zdraví, o jehož rozměru a obsahu máme jen ve vzácných případech přesné a obsáhlé představy.

Namísto toho existuje rozsáhlá literatura týkající se nemocí, jakož i stoletá tradice patologie. Listujeme-li moderními díly anatomické patologie, patofyziologie nebo patobiochemie, udolá nás množství dnešních vědomostí o vzniku, průběhu a prognóze i velice vzácných chorob. Mechanismy vedoucí k zánětu, dysfunkci, degeneraci a smrti buňky, orgánu nebo celého organismu jsou dnes prozkoumány a popsány dokonce na molekulární úrovni.

K rozhodnutí, zda člověk má být považován za zdravého nebo za nemocného, dospíváme často na pozadí statisticky získaných norem a standardních velikostí. Zda se tyto údaje vztahují na zvířecí, rostlinné, nebo lidské buňky, nehraje z fyziologického nebo biochemického hlediska žádnou roli.

Proti tomuto srovnávání lidských a zvířecích stavů nemoci a zdraví, jakož i proti nápadné neschopnosti současné medicíny a psychologie umět detailně a přesně popsat *zdravého* člověka se staví filozoficky orientovaná psychosomatika. Jejím prvním a nejdůležitějším úkolem je komplexní definice lidského zdraví. Teprve na základě této definice je možné popsat a zachytit podstatu lidské nemoci.

Existuje vůbec *to* zdraví nebo máme co do činění s různými formami lišícími se od člověka k člověku? Je možné popsat zdraví jako stav, nebo jde o proces? Je možné zdraví zachytit jako normované hodnoty, nebo Gaussovu křivku? V jakém poměru vůči sobě stojí lidské zdraví a nemoc? Existují rozdíly mezi zvířecím a lidským zdravím? Jak se ovlivňují fyzické, duševní a duchovní zdraví? Jak se člověk stává a zůstává zdravým?

Prvky a fasety pojmu zdraví

Abychom mohli odpovědět na tyto a podobné otázky, sáhneme k filozofickým a antropologickým popisům (zdravého) člověka, které podal Martin Heidegger ve své knize *Sein und Zeit* (Bytí a čas). O zrealizování těchto Heideggerových rozvah v konkrétní medicíně a psychosomatické se v posledních desetiletích pokusil zejména Medard Boss.

Jako první a nejdůležitější znak zdravého člověka, který byl v Heideggerově knize *Sein und Zeit* (1927) popsán jako existenciální – jako v podstatě nejdůležitější znak člověka vůbec – může být označena světu otevřená „existence“, „*bytí ve světě*“.* Vše, co svět nabízí – materiálno, příroda, duchovno, bližní, kultura atd. – je možno poznat, pochopit, zachytit, použít.

Člověk, který se narodil pro otevřenost světu, se ovšem velice často na základě svých životních okolností, výchovy, jakož i díky vlastnímu často jen polovědomému rozhodnutí uzavře a opouzdří. Tato uzavřenost však již naznačuje oblast možné patologie. Zdraví je možné jen za cenu živé komunikace a otevřeného přístupu ke světu – při snížení kontaktů se světem vždy hrozí duševní a tělesné onemocnění.

Lidské „*bytí ve světě*“ znamená také to, že každý jedinec žije ve specifickém prostoru, který je fundamentálně odlišný od statiky a dynamiky předmětu v prostoru. Pro všechny ne-lidské objekty platí pouze zákony geometrie, pro člověka je mimoto charakteristický zcela vlastní, subjektivní prostor.

... prostorovost lidského světa se v podstatě nedá vůbec srovnat s geometrickým prostorem, ve kterém se vyskytují neživé věci, jež v něm podle

* Heidegger, M. (1927): *Sein und Zeit*. S. 52 a násl. Tübingen.

svého objemu pouze zaujímají odpovídající místo a od ostatních věcí jsou vzdáleny měřitelnou vzdáleností. Prostorovost lidského světa se vyznačuje spíše svobodou a otevřeností takového druhu, že přítomné danosti mohou člověka oslovovat svým významem a souvislostmi.*

Tak se kolem každého člověka vytváří podle jeho nálady, otevřenosti, expanzivity, odvahy, pozornosti, vědomí a vzdělání – pro každého jednotlivce jiný a neustále se měnící – subjektivní a „hodologický“ prostor. Tento prostor je ve své šíři a plnosti odlišný od jedince k jedinci, ale také – vztažen na jedince – ze dne na den. Tu a tam mění individuální prostor své dimenze také náhle, například když se kvůli bolesti smrští pozornost a expanzivita člověka na rozměr jeho malíčku u nohy.

Zdraví je tedy také výrazem nerušeného a neovlivněného vývoje prostorového bytí ve světě. Nemoc vzniká tehdy, když se hodologický prostor jedince trvale smršťuje a chřadne.

Analogicky k prostoru žije každý člověk ve své vlastní „hodologické“ době. Možná to zní cize, protože jsme zvyklí zdůrazňovat veřejný a intersubjektivní charakter času. Ten je datovatelný jako suma nyní-bodů, je pro každého člověka dobré vůle stejný nebo přinejmenším srovnatelný, je to veřejný „majetek“, na kterém jsme se shodli a vůči kterému jsme si zvykli žít v relaci.

Čas se vztahuje k člověku, představuje fenomén, který přišel na svět teprve s člověkem a který pouze člověk zná a měří. Zároveň však čas vstupuje do všech vztahů člověka vůči světu a ulpívá pak i na neživých materiálních věcech.

Avšak čas, který každý z nás „má“ a zažívá, definujeme a naplňujeme zcela vlastním způsobem. Tento čas se zřetelně odlišuje od veřejného měřeného času.

„Vlastní“ čas vždy ukazuje, že člověk je a jak je jako celek, že totiž existuje v naplňování toho či onoho vztahu k tomu, s čím se setkává. V čase, který člověk má pro to či ono, a v naplňování možností jednáním se odvíjí bytí ve smyslu sebe-rozvoje a sebe-vyjádrění.**

* Boss, M. (1975): *Grundriss der Medizin und Psychologie. Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie, Therapie und zu einer daseinsgemäßen Präventiv-Medizin in der modernen Industrie-Gesellschaft*. S. 244. Bern 1975.

** Boss, M. (1975): *Tamtéž*. S. 268.

Čas tedy není před námi jako nějaký předmět. Čas není žádná věc ani žádný mimo naši osobu probíhající proces, do kterého bychom mohli vstupovat nebo ho opouštět. Je spíše způsobem, jak „časujeme“ a prožíváme současné bytí – a tak každý z nás představuje zcela individuální, nesrovnatelný, „hodologický“ čas. Tento čas neprožíváme jako za sebou se řadící řetězec nyní-bodů, ale spíše jako napětí nebo trvání, jako pomalu přicházející či odbíhající čas, jako dávno minulé nebo daleko do budoucnosti sahající.

K podstatným zásluhám Sigmunda Freuda patří, že prokázal zdraví podporující efekt vzpomínky – a tím časové dimenze minulosti. Analytická rekonstrukce vlastní biografie uvádí pacienta do stavu, kdy je schopen potlačené a zapomenuté vynést z tmavých koutů nemohoucnosti vnímat nebo vzpomínat na jasnější světlo veřejnosti a komunikace. Tím získává suverenitu nad svou osobní (ale také kolektivní) historií a nad svou „vržeností“ (Heidegger). Pochopení vlastního utváření je bezpodmínečným předpokladem pro smysluplné utváření budoucnosti, vlastního „plánu“ (Heidegger).

Zdraví se dostavuje nejspíše tehdy, když člověk utváří přítomnost na základě jím zvolených plánů budoucnosti a přitom hodnotí svou minulost jako zkušenost. Každé pouhé utápění se v minulosti, každé „hledání ztraceného času“, které nesměřuje ke zvládnutí přítomnosti a budoucnosti, může být – jak je tomu často u deprese – známkou nebo příčinou nemoci. Budoucnost je totiž časová dimenze, která člověku slibuje svobodu, vývoj, změnu, metamorfózu a štěstí – a tím také zdraví.

Zdraví a nemoc jsou proto závislé i na suverenitě jedince nad rozpětím jeho života. Ten, kdo zvažuje a vytváří si vlastní koncept, kdo zná osobní a kolektivní dějiny a kdo svou budoucnost chápe jako prostor vývoje, metamorfózy a – podle Rilkeho – „nutnosti provádět změny“, ten se podle všeho blíží spíše pólu zdraví, zatímco patologie a nemoc často vznikají ze stagnace a regrese. Tak jako je v románu Oscara Wilda obraz Doriana Graye stále více poznamenán stárnutím a nemocí, zatímco skutečný Dorian se jeví beze změny a jakoby mimo proces vyvráždění, tak se pro některé z nás vlastní tělo stává po léta zanedbávaným obrazem, do kterého se hluboce vryly znaky patologie, neboť naše já se příliš dlouho bránilo nutnosti provést změny.

Podobný vliv na bytí jedince ve světě má vedle jeho prostorovosti a časovosti také jeho nálada, respektive jeho *stav*. Každý z nás se ráno probouzí s nějakou náladou, která je utvářena a ovlivňována rozličnými faktory – sny, očekáváními, zážitky, setkáními atd. Náš stav, který se

skládá z mnoha takových momentálních nálad a k tomu navíc z prožitého, z charakteru a z historie, se často táhne jako neustále se vracející motiv nebo téma dnem, týdnem, rokem či celým životem. Jako vlákno stehu v tkanině je i příslušná nálada vpletena do běhu naší existence a určujícím způsobem ovlivňuje její vzor, odstín a barvy.

Všechny nálady, kterých je člověk schopen, jsou mu od počátku jeho existence dány jako možnosti a jako bytostné možnosti spoluutvářejí již od počátku na způsob vloh jeho současné bytí... Je-li lidská existence vždy bytostná, a tedy vždy laděná, pak vidíme-li člověka dostávat se do té či oné nálady, může jít v podstatě pouze o *pře-ladění* příslušného současného bytí z jedné předchozí nálady do jiné.*

Některé nálady, například naděje, důvěra, humor nebo láska, umožňují široký a bohatý kontakt se světem. Rozšiřují lidské bytí ve světě a působí tím kladně na zdraví. Hněv, strach, melancholie, nuda a podobné, které můžeme označit jako špatné nálady, snižují intenzitu kontaktu se světem a vhnějí individuum do kouta osamělosti a izolace. Podobné špatné nálady často předcházejí po dlouhá léta (psycho-)somatickým onemocněním nebo je doprovázejí. Je tedy nutno je chápat jako patogenetické faktory prvního řádu, které hluboce zasahují do tělesné sféry.

Nálady jsou také zodpovědné za to, zda a jak se cítíme přitahováni světem, a zejména tím zajímavým „objektem“, který člověk za svého bytí ve světě potkává – druhým člověkem, bližním. V mezilidských souvislostech, v kontaktu se společností se člověk teprve stává člověkem, naše existence vyvrává v humánní, kooperativní a komunikativní formu bytí. Jednotlivá osoba existuje jen v kontaktu s jinými osobami. Teprve biologická, sociální, jazyková a kulturní spojitost, která je „ztělesňována“, utvářena a nesena jinými osobami, umožňuje vzdělání, utváření a fixaci jádra osoby, jakož i její vývoj a rozšíření. Bez existence osobního druhého, bez *dialogického principu* nějakého „ty“ by nebylo „já“. Individuum se nachází v roli bližního – nebo se nenachází vůbec! Z role bližního se můžeme jen s obtížemi vymluvit nebo ji popřít, neboť jsme na přízeň a náklonnost druhých neustále odkázáni. Pustinu osamělosti snášíme jen těžko ve zdraví a v osobním štěstí.

* Boss, M. (1975): Tamtéž. S. 290 a násl.

Skutečnost, že druzí existují, nás podle Heideggera zavazuje, abychom se o ně na způsob péče starali, to znamená abychom se vzájemně podporovali v procesu sebeutváření, aniž bychom druhému odníмали tíži a břemeno individuace. Péče by měla být „předkládaná“, a ne „vnucovaná“.

Nemoc má často za následek snížení péče o druhé. Ke všemu je možno již v období před nemocí konstatovat omezenou starostlivost a snížený zájem o svobodomyšlný rozvoj bližního. U dotyčného se pak někdy zcela zjevně, někdy nepozorovaně přesunuje váha od sociálního zájmu k zájmu o sebe (narcismus). Snížený pocit sounáležitosti (A. Adler) vede k tomu, že je jedinec jen volně a nedostatečně ukotven v sociálních vazbách, čímž se vystavuje nebezpečí, že onemocní trvale.

Ctnost péče o druhé nesmí být zaměňována s nectností, kdy člověk „propadne“ věcem a druhým lidem. Rozhodujícím kritériem je pokles svobody a autonomie, stejně jako nárůst závislosti. Rozladění a afekty, které z tohoto stavu plynou, způsobují psychické a somatické disharmonie a mohou vést k funkčním a morfologickým změnám a k chorobám.

Další formu „propadnutí“ představuje „nepůvodnost“ vlastní existence. Mnoho lidí žije, myslí, cítí a jedná jako průměr, majorita, veřejnost, konvence – zkrátka tak, jak se to od nich očekává. Originalita jedince, jeho individualita, jeho „bytí sebou samým“ se často týkají jen zevnějšku nebo se zaměňují s trucem a odpíráním. *Vlastní bytí sebou samým* je však možné pouze za cenu strachu a vybočení. Nespočívá v laciném „ne“, nýbrž v namáhavé výpravě k nejvlastnější bytosti.

Zdravá forma existence spočívá podle Medarda Bosse v heideggerovském „bytí sebou samým“. Bytí na „něčem“ závislé v sobě často skrývá dříve či později nebezpečí onemocnění – přinejmenším na duši nebo duchu, popřípadě i na těle.

Medard Boss používá k popisu zdravého člověka další Heideggerovu existenciálu: transcendenci. Heidegger ji chápe jako schopnost člověka neustále překračovat a měnit svůj status quo. Teprve ve změně, v neustálé metamorfóze a vývoji, v *neustálém* stávání se, které stojí proti statickému bytí, se člověk uskutečňuje a žije podle své vnitřní povahy.

Časová dimenze, do které bytí transcenduje, je budoucnost. Tu člověk plánuje a návrhy do budoucna se pokouší realizovat v přítomnosti. „Člověk je budoucností lidí“ – mnil Sartre. Duševní a tělesné zdraví může být chápáno jako výsledek do budoucna otevřeného, odvážného a na růst orientovaného postoje člověka. Neboť pouze budoucnost slibu-

je člověku osobnost ve formě svobody (v míře), transcendence (té vlastní i hranic minulosti) a metamorfózy.

U mnoha nemocí je možno konstatovat u pacienta nedostatek transcendence a orientace na budoucnost. Jako u jiných existenciál dominují před propuknutím nemoci často statika a ztráta expandujícího zájmu o svět, beznadějí a nedostatečná transcendence.

Zdraví a individualita

Faktory a aspekty pojmu zdraví by bylo možno bez obtíží přiřadit pod termín *individuum*. Teprve člověk, který upíše sebe a svůj život namáhavému procesu individuace (C. G. Jung) a stávání se sebou samým, se zdá do jisté míry chráněn před patologií a nemocí, které hrozí ze všech stran.

Tento cíl vývoje jedince formulují již po celá tisíciletí filozofové, umělci a vědci a usilují o jeho dosažení. Nietzsche chtěl překonat „stádní zvíře“ v nás, Heidegger usiloval zaměnit „být někým“ za požehnání „být sám sebou“. Oba spojovali představu duševně-duchovní zralosti a suverenity, stejně jako původnosti bytí se zrozením individua. Zdraví podle nich existuje vždy jen jako individuální, jako vztažené k osobě a k jedinci. Člověk usiluje o své zdraví jako subjekt a jako *individuum*, ne jako masová bytost.

Na lidech lze – podobně jako na uměleckých dílech – rozpoznat a rozlišovat styl, výraz a vzhled, rytmus a melodii, kompozici, harmonii a proporcionalitu, hlasitost, tempo atd. Lidský život se podobá umělecké hře – často se nachází „... mimo sféru rozumu praktického života, mimo sféru potřeb a nutkání“.*

Na zachycení a pochopení jeho hodnoty a půvabu, jeho krásy a smyslu náš rozum – rozum člověka zvaného *homo faber* – nestačí. K tomu je zapotřebí intuice a umění života, chuti a erotické schopnosti úsudku.

Pokud jedinci chybí prostor pro umělecké a hravé utváření života a přibližuje-li se dlouhodobě tupě monotónnímu rytmu strojů nebo institucí, pak se vystavuje nebezpečí, že ztratí svou individualitu a že na těle a duši vážně onemocní. Jen ten, kdo vyjadřuje svou individuální

* Huizinga, J. (1938): *Homo Ludens*. S. 173. Reinbeck bei Hamburg 1987.

bytost – což je již umělecké dílo – a kdo rozpětí svého bytí zasvětil „programu“ umění žít, se zdá předurčen k tomu, aby se přiblížil pólu zdraví.

Zdraví pak také můžeme interpretovat jako proměnnou, jež je závislá na jedincově umělecké vůli tvořit, na hravém zacházení s vlastními podněty, stejně jako na schopnosti pochopení, expanzivité a blízkosti světu. Za přesvědčivý příklad této formy zdraví, která je úzce spřízněná s utvářením a vývojem vlastní osoby, platil a platí Goethe, o kterém již Nietzsche s obdivem řekl:

Neodloučil se od života, postavil se do něj. Neklesal na mysli a co možná nejvíce si toho bral na sebe, přes sebe, do sebe. Co chtěl, to byla úplnost. Bojoval proti tomu, aby se rozcházel rozum, smyslovost, cit, vůle... Ukáznil se k celosti, ztvárnil se...*

* Nietzsche, F. (1989): *Götzen-Dämmerung*. S. 151, KSA 6. Vydal G. Colli a M. Montinari, München 1988.

KAPITOLA 4

O zacházení s psychosomatickými fenomény

Jako „fenomény“ v oblasti psychosomatiky a medicíny označujeme často pacientem subjektivně prožívané a sdělované potíže nebo symptomy, které se projevují jako bolesti nebo nepříjemné pocity, jako strachy nebo deprese, poruchy spánku, nechut k jídlu nebo impotence apod.

Vedle toho hrají důležitou úlohu také projevy, které jako „fenomény“ u svých klientů subjektivně zaznamenali lékaři či psychologové, například držení těla, hlas a pohled, gesta a oblečení. A nadto jsou jako „fenomény“ zdraví nebo nemoci s oblibou hodnoceny také všechny nálezy vyšetření získávané v průběhu medicínské diagnostiky nebo terapie, endoskopicky zjištěný žaludeční vřed, stejně jako znovu a znovu měřený krevní tlak.

U všech těchto projevů jde však vlastně jen o příznaky nebo symptomy, které se fenomény stávají teprve tehdy, když je vzata v úvahu jejich *antropologická dimenze*. Je jedno, zda jde o přednostně biologický, tedy somatický, nebo o duševně-duchovní, tedy psychický symptom – vždy je postížena celistvost osoby, která žije ve *smyslových a významových strukturách*. Teprve když tyto antropologické struktury a dimenze – které jsou většinou překryty příznaky a symptomy – vyhledáme a pojmenujeme, můžeme mluvit o fenoménech. K úkolům psychosomatické medicíny patří zabývat se znovu a znovu symptomy a příznaky svých pacientů a objevovat oblast fenoménu, to „typicky lidské“, onu „*conditio humana*“.

Lékaři, psychologové a psychoterapeuti jsou většinou od prvního dne své profesní socializace přivikáni na to, aby zařazovali a zvažovali příznaky a symptomy, které k nim přicházejí ve formě stížností, nářků a patologického chování jejich pacientů takovým způsobem, že z nich sice lze „vydestilovat“ podezření na diagnózy, pracovní hypotézy a etiopatogenetické modely, ale často žádné fenomény.

Některé potíže se stanou hlavními symptomy, symptomy prvního a druhého řádu nebo „syndromy“ (pevné spojení několika potíží). Komplex symptomů horečka, noční pocení a ztráta na váze by před padesáti lety ukazoval na tuberkulózu. Komplex symptomů sebevčítky, plačtivost a hluboko sklopený do sebe se obracející pohled podněcuje dnes mnohé psychoterapeuty k formulaci pracovní hypotézy deprese.

Za zjevnými příznaky se medicína pokouší zjistit „entity nemoci“, jakož i princip, na kterém jsou založeny její příčiny. Neduhy Adriana Leverkühna pak jsou za těchto podmínek výrazem expanze spirochety, nad plící Franze Kafky vítězí Kochova tyčinka a jak krevní obraz, tak i nálada Rainera Maria Rilkeho jsou ovládány nespoutaným kmenem bílých krvinek. Ale zachytili jsme formulováním těchto a podobných symptomů, etiologických modelů a entit nemoci i fenomény a jejich antropologickou dimenzi?

O schopnosti fenoménů „svádět“ z cesty

V psychosomatice, stejně jako v klasické medicíně mohou příznaky, symptomy a potíže dát podnět k nejroztodivnějším vjemům, postojům a jednáním jak u lékařů, tak u pacientů. Tu a tam lze skutečně konstatovat u různých projevů potenciál „svádět“ z cesty.

1. Mnohé nářky a potíže pacientů svádí k tomu, abychom je rychle „projeli“ – podobně jako to dělá Intercity s podřadnými nádražními – abychom se dostali na hlavní nádraží diagnózy. Symptomy, jako např. „klasické bolesti hlavy z napětí“ nebo „typický vysoký krevní tlak manažera“, předurčují k předčasně jistému závěru, k jednodimenzionální diagnostice, a tím k redukcijnímu vyčerpání možných obsahů fenoménů.

2. Mnoho symptomů svádí také k opaku: Zvou k pozastavení, které může trvat měsíce, aniž by zúčastnění měli v úmyslu hledat ještě jiné oblasti fenoménů nebo přesahující struktury. Jak líčení pacienta, tak i pohled lékaře s oblibou ulpívají zvláště na sexuálních perverzitách

nebo úchylkách. „Laterální“, tedy příznaky respektující, a zároveň vše pronikající a registrující pohled terapeuta patří k největším a podněcujícím úkolům, které je třeba zvládnout v průběhu psychosomatické a psychoterapeutické diagnostiky.

3. Sartre poukázal na to, že mnohé i velice otevřené autobiografie jsou právě proto psány tak otevřeně, aby čtenáře nebo někoho jiného odhládkaly od nepříjemné pravdy v životě autora. Katalogy symptomů a potíží některých pacientů připomínají podobné autobiografie, které vyvolávají otázku spíše po tom, co v nich řečeno *není*. Bohatost příznaků tu a tam zakrývá vlastní charakterové mezery a osobní deficity klienta.

4. Je pravda, že každý tělesný symptom zahrnuje duševně-duchovní ingredience a implikace. Ale rozkrýt a pojmenovat je, porozumět jejich obsahu a správně zvážit jejich význam, to vyžaduje velké vlohy intuice, enormní zkušenost a umění individualizace. Zejména raná období psychosomatiky byla utvářena sexuální symbolizací a výklady, které uspokojily nanejvýše analytika, ne však jeho oběť.

5. Susan Sonntagová ve své knize *Krankheit als Metapher* (Nemoc jako metafora) v roce 1978 působivě popsala u některých symptomů a nemocí, např. u tuberkulózy nebo rakoviny, jak dalece mohou společností nebo duchem doby podmíněné atribuce vést u pacientů k pocitům viny a studu. Občas myslíme a argumentujeme tak, jako by každý nemocný rakovinou vyjadřoval ve formě svých maligních symptomů zlo a na základě svých nálad byl za to ještě zodpovědný. Tato forma psychosomatiky dává jednotlivým příznakům a nemocím zjednodušující metaforický obsah, který fenomény spíše zkresluje, než osvětluje a před kterým by se lékař i klient měli chránit.

6. My lékaři často pocítujeme úspěch a uspokojení, když projevy přibližně pojmenujeme a pochopíme. První návrší interpretace je zdoláno, první nálezy potvrzují naši pracovní hypotézu – a náš pátravě hledající výzkumný elán ustoupí uspokojivému pocitu zadostiučinění. Lékař, pacient i jeho symptom se shodnou – většinou nevyssloveně – na vzorci, který by měl být předběžný, ale pro pohodlnost se stane statickým a trvalým.

7. Symptomy – a nimi i fenomény – podléhají historickému procesu. Nejen interpret, ale také interpretované se neustále mění. Hypertonní hodnota (hypertonus = vysoký krevní tlak – pozn. překl.) z předchozího dne má možná jiný význam než hypertonní hodnota dnes. Dnešní žaludeční vřed a vřed před rokem se eventuálně stěžejním způsobem liší – od aspektů histologických až po osobní světonázorové. Jde o to popsat

nejen fenomény, ale také historii změněných významů, tedy proces metamorfózy.

8. Svě umění svádět vykazují příznaky a symptomy nejúčinněji tehdy, když u nás lékařů provokují etiologické kauzální myšlení. Jak již bylo naznačeno, lékaři, jakož i psychologové jsou vychováni přednostně k myšlení a jednání teoretickému, nikoli řízenému fenomény. Obzvláště fatální následky vykazuje tento postup v oblasti psychosomatiky, neboť zde je třeba zohlednit teleologické a finální motivy duševního a duchovního života pacienta. Často jsou však tyto obsahy fenoménů zkreslovány údajnými teoriemi vycházejícími z kauzálního myšlení. Některý hlubinně psychologicky socializovaný psychosomatik pak s sebou vleče těžké, teoriemi a konstrukcemi přeplněné zavazadlo, ačkoli by mnohem více potřeboval radikální, ke kořenům sahající postoj skepse.

O užítu fenoménů pro psychosomatiku

Při tak omezeném posuzování symptomů, příznaků a fenoménů v oblasti psychosomatiky se mimoděk naskytá otázka, zda z nich není možné mít i nějaký zisk. Lze předpokládat, že na základě fenoménů získávají terapeuti, stejně jako klienti, nebývalou formu školení a vzdělávání, jakou většinou obvyklé studium medicíny a psychologie nemůže zprostředkovat.

1. Fenomény nás učí, že neexistuje „člověk uvnitř“. Viktor von Weizsäcker to tušil dávno a opakovaně zdůrazňoval, že nemoci se vždy odehrávají *mezi* lidmi, *ne uvnitř* jednoho individua. Každý tělesný, duševní nebo duchovní symptom pacienta patří – stejně jako všechny životní projevy – do komunikačních souvislostí, ke kterým se vztahuje a v nichž je za normálních okolností chápán a vysvětlován. Věta Merleau-Pontyho, že neexistuje „... žádný vnitřní člověk: člověk je vůči světu, sám sebe poznává ve světě“,^{*} nachází v somatických a psychických symptomech našich pacientů své potvrzení. „Hlubka“ člověka spočívá v jeho vztazích ke světu, člověk je vždy a všude bytí ve světě.

2. Na symptomech nemocného člověka poznáme, že podstatný úkol našeho života spočívá v tom, abychom vše v nás a na nás nechali pro-

mlouvat. Dýchací obtíže (dušnost) astmatika, nadměrná tloušťka, ischiatická bolest (bolest vzniklá drážděním sedacího nervu a jeho výstupů při degenerujících plotýnkách, jež vystřeluje do končetin – pozn. překl.) a poruchy srdečního rytmu vyjadřují vedle biologických poruch skoro vždy existenční nouzi, úzkosti a konflikty, jejichž zvládnutí pomocí řeči, tedy duševně-duchovně, se daří jen nedostatečně. Od dob Sigmunda Freuda nazýváme pokus nevnímat události a danosti našeho života potlačováním. Tento proces potlačování zanechává mezery v textuře řeči, jejíž obsahy jsou pak často přebírány somatickými symptomy. Tělesné příznaky slouží reintegraci kdysi exkomunikovaného biografického terénu.

Podstatný úkol psychosomatické terapie spočívá ve zpětném překlade těchto symptomů do řeči přístupné mezilidskému rozhovoru. K tomu je samozřejmě zapotřebí schopnosti lékaře rozumět více jazykům, jakož i jeho schopnosti stát se a chtít být tvůrcem jazyka a porodníkem myšlenek a fantazií, které dosud nebyly pacientem pojmenovány a myšleny.

3. V projevech nemoci a utrpení se tu a tam dere na světlo pravda, kterou je třeba detekovat a s klientem verbalizovat dříve, než je propuštěn jako „uzdravený“. Některá nepoznaná nebo nepojmenovaná pravda si v okamžiku, kdy byl starý modus projevu lékařskými, například medikamentózními intervencemi podchycen, najde jiný tělesný orgán nebo symptom. Psychosomatika zná tento jev pod názvem „symptomshift“ („přesun symptomů“). Krátký příklad: Žaludeční vřed se u přibližně šedesátiletého pacienta pomocí určitých léků rychle „zahojil“, aniž by byla patrná individuální antropologická dimenze tohoto onemocnění. Po několika týdnech si pacient stěžoval na úporné lumboischiatické potíže (potíže v krajině bederní a kostrční – pozn. překl.), které byly úspěšně odstraněny pomocí léků tišících bolest. Za několik měsíců se zase dostavily úporné ledvinové koliky (přerušované záchvaty bolesti – pozn. překl.). Domácí lékař diagnostikuje dosud neznámé potíže s kameny a předepisuje bolest zmírňující léky.

Existenciální situace tohoto pacienta – bojuje s úkolem stárnutí, které je pro něho spojeno se zúžením a omezením životních možností a situací – nebyla tematizována. Dokud však volání těla, podle Nietzscheho „staršího pořádku“, „pravého Já“, nebude vyslyšeno a pochopeno, nebude mít proces nových nemocí a odstraňování symptomů žádný konec.

* Merleau-Ponty, M. (1945): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. S. 7. Berlin 1966.

4. Výše již bylo poukázáno na to, že příznaky a symptomy mohou vést k falešnému psychologizování, symbolizování a spekulativním interpretacím. Podobně jako filozof Edmund Husserl, který popsal metodu filozofického zisku poznání, musí také lékař i psychosomatik umět odsunout na stranu názory, zvyky, tradice, teorie a školní vědomosti o nemoci a zdraví, o těle a psychice, o vědomém a nevědomém, aby mohl skutečně postihnout podstatu fenoménu. Každému pacientovi je možno pomoci jen tehdy, je-li zachycena a pojmenována celá jeho vlastní skutečnost tvořící rámec jeho choroby, aniž bychom ho odbyli všeobecným zařazením typu „oidipovský komplex“ nebo „fixace na pudy“ nebo „komplex méněcennosti“ nebo „regrese“. Například k zachycení tak komplexního syndromu, jako je mentální anorexie (chorobné odmítání jídla vedoucí ke značnému úbytku tělesné hmotnosti – pozn. překl.) mladé ženy, je často zapotřebí dlouholeté výzkumné práce, kterou je vždy třeba provádět společně s pacientkou.

5. Mezi fenomény patří – jak již bylo v úvodu uvedeno – nejen symptomy a potíže, které pacient popisuje a prožívá, nýbrž také zážitek pozorovatele, způsob, jak nemoc působí na lékaře, afekty a pocity, které u něho vyvolává. (Psychoanalýza zde užívá pojmy přenos a protipřenos.) Zejména v této oblasti se manifestuje nevyčerpatelnost fenoménů. Je jedno, zda jde o maskovanou depresi, špatně nastavený diabetes mellitus (cukrovku) nebo o ledvinové kameny – jako terapeuti vždy prožíváme ve vztahu ke klientům nové překvapující podoby jednoho a téhož symptomu. A i když jsou pacient a jeho symptom – na první pohled – stále stejní, přenosový a protipřenosový proces se neustále mění a s ním se mění také obsahy fenoménů.

Umění vyznat se v symptomech a příznacích dělá z lékaře nebo psychologa skutečného psychosomatika. Když bereme symptomy v jejich proměňující se mnohočetnosti a antropologické dimenzi vážně a akceptujeme je, nutí nás přijmout vedle pouhé existence lékaře či psychologa novou a další identitu.

Některé symptomy vyžadují *archeologické kvality* a postupy. Zlomky a náznaky – jako v určité době vyskytující se angina tonsillaris (zánět krčních mandlí – pozn. překl.), prchavé selhání hlasu, záchvat migrény nebo krátce se vybíjející afekt – jsou tu a tam jedinými zachytitelnými projevy, na jejichž základě musí být rekonstruována struktura charakteru nebo životní styl a zákon pohybu lidské existence.

Jiné potíže – například různé nutkavé symptomy – vyžadují spíše způsob pozorování *geodeta*. Podobně jako při zkoumání hornin se musíme u mnohých pacientů pohybovat podél zkamenělých vrstev jejich osobnosti s nadějí, že někdy narazíme na pohyblivé formace. A podobně jako geodetům, zůstává také terapeutům až příliš často jen zkornatělý terén, s jehož tvrdými a hranatými vlastnostmi se mají bez porážky spřátelit.

Jiné symptomy mobilizují stránku *historika*. Krátká závrať nebo sluchové selhání, sexuální poruchy nebo poruchy spánku se stávají skutečně srozumitelnými teprve na pozadí individuálního životního příběhu, často teprve po přidání kulturních a sociálně historických fakt – připomeňme si jen vztah ženské anorgasmie (neschopnost dosáhnout orgasmu – pozn. překl.) a patriarchátu. Psychosomatici musí zařadit, zvážit a sestavit do pochopitelných souvislostí tělesná i duševní, sociální i duchovní, politická a také společenská fakta životopisu, než mohou skutečně poznat fenomény svých pacientů.

Požadavky, které na nás lékaře kladou fenomény našich pacientů, lze srovnat nejspíše s prací *umělce*. Často musíme jako básníci shrnout do slov a pojmů dojmy a zážitky klientů, které oni sami artikulují pouze preverbálně jako nálady nebo tělesné symptomy, musíme pojmenovat nevyslovitelné, ono tabu, a převést ho zpět do toku řeči. Jako malíři musíme často společně s pacienty nově plánovat obrazy a představy jejich života – jejich stagnace, nedostatek odvahy a rezignace jsou většinou vidět až příliš zřetelně. A jako dramaturgové, dávající překvapivým obrátům činohry formu, podobu a vnitřní jednotu, se musíme spolu s našimi pacienty naladit tak, abychom v projevech utrpení, nemoci a existenční nouze, které určují jejich životopis, znovu našli propojující vlákno smyslu a významu.