

Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění

Kazuistika

MUDr. Vladislav Chvála¹, MUDr. David Skorunka, Ph.D.²

¹Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci

²Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Hradec Králové

²Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

Článek je věnován psychosomatickému přístupu ke zdraví a nemoci a rozvíjení bio-psycho-sociálního modelu v medicíně. Autoři v úvodu stručně shrnují některé překážky v rozvoji psychosomatické medicíny. Na příkladu z klinické praxe ukazují různé aspekty terapeutického procesu, přínos bio-psycho-sociálního modelu a z něho vycházející komplexní terapie a interdisciplinární týmové spolupráce.

Klíčová slova: psychosomatická medicína, bio-psycho-sociální model, psychotherapie, rodinná terapie, akupunktura, fyzioterapie.

Bio-psycho-social approach offers more understanding

A case study

The article deals with psychosomatic perspective and bio-psycho-social model in medicine. In the introduction, several obstacles in development of psychosomatic medicine are briefly mentioned. Then, a case study is presented to highlight some aspects of therapy process and application of bio-psycho-social model in clinical practice including integrative therapy and interdisciplinary team collaboration.

Key words: psychosomatic medicine, bio-psycho-social model, psychotherapy, family therapy, acupuncture, physiotherapy.

Úvod

V poslední době se hodně diskutuje o psychosomatickém přístupu ke zdraví a nemoci, nebo rovnou o psychosomatické medicíně. Většinu úzce specializovaných kolegů překvapilo, že se psychosomatika stala nástavbovým oborem a jeho náplň vyšla ve věstníku ministerstva zdravotnictví v květnu 2013. Obor si na rozdíl od většiny ostatních specializací dává za cíl nikoli další zúžení zorného pole lékaře, ale naopak jeho rozšíření o psychosociální souvislosti. Hlavní námitka proti takovému vývoji se zdá logická – celá medicína přece má být bio-psycho-sociálně orientovaná, tak jakápak specializace! To slyšíme už dlouho. Jenže – vyvíjí se celá naše medicína k ideálu bio-psycho-sociálního přístupu, kterým je deklarováno zdraví v ústavě WHO? Naopak,

stále větší specializací se od něho jen vzdalujeme, na rozdíl např. od sousedních německých zemí, kde je psychosomatická medicína dávno pevně zakotveným oborem, a ovlivňuje tak ostatní klinické obory.

Jedním z faktorů stále větší nerovnováhy v neprospěch psychosociálních faktorů při stonání, kromě značné složitosti, může být sama metodologie EBM. Toto paradigma vyhlásila *Pracovní skupina pro medicínu založenou na důkazech* při kanadském Centru zdravotnických věd na McMasterově univerzitě v roce 1992 (1). Ačkoli původní záměr byl jistě dobrý, metodologické důvody při získávání důkazů o správnosti léčby natolik favorizují biologické faktory, že ty v komerčně pojatém medicínském výzkumu i praxi získávají snadno navrch. V našem prostředí se

navíc z EBM časem stala z rozumného a dobově ovlivněného přístupu lékařská doktrína až dogma v rozporu s podstatou a smyslem evropské Úmluvy o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Úmluva je totiž pojata lidskoprávně tak, že výslovně upřednostňuje zájem a blaho lidské bytosti před zájmem společnosti nebo vědy, jak upozorňuje profesor JUDr. Telec (2).

Studium medicíny stojí na přírodních vědách, nikoli na vědách o člověku. Psychologie a sociální vědy, pokud jsou v kurikulu, bývají často prezentovány odděleně od klinické praxe a nebývají považovány za důležité v rámci absolování medicíny a využití v klinice. Současný vývoj v psychoterapeutickém výzkumu a vývojové psychologii, relevantní pro klinickou medicínu, obvykle v kurikulu chybí. Snad také proto se

zjednodušených hesel o vlivu psychiky na zdraví ujali laici a léčitelé, když se o tento problém dlouho nezajímala medicína. Zjednodušující „překladové slovníky“ převádějící psychické impulzy nebo sociální situace na tělesné příznaky mohou být inspirující, ale také zavádějící (3). I mezi lékaři se najdou propagátoři, kteří buď v radikálním odporu ke stávající většinové praxi, nebo z nadšení z objevených bio-psycho-sociálních souvislostí propagují psychosomatiku tak, že to mezi lékaři budí spíše rozpaky (4). Pokud stojí mimo zdravotnický systém a musí se živit komerčně mimo pojištění, může jejich propagace psychosomatiky vyznívat spíše jako reklama na mimořádné služby (5).

Bio-psycho-sociální přístup není zjednodušením, a nenabízí snadnou cestu k vyléčení. Co ale může přinést, je větší porozumění složitějším a záhadným způsobům stonání, kde běžné prostředky biomedicíny na vyléčení nestačí (6). Porozumění samo mění naše chování a způsob, jakým se ptáme a intervenujeme. Za více než 25 let práce ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch jsme se setkali s velkým množstvím tako-

vých případů. I když našim cílem bylo poskytovat péči chronickým pacientům v modu tzv. krátké terapie, která vznikla na poli rodinné terapie, řada případů je pro publikování kazuistiky nevhodná pro přílišnou délku (7). Takové jsou zejména ty případy, které bylo možné nebo nutné řešit v modu skupinové, individuální psychoterapie, nebo rodinné terapie, prováděné zpravidla klinickým psychologem, který je k tomu lépe erudován. Pro lékaře je vhodnější použít psychosomatickou terapii, která je psychoterapeutickými přístupy inspirována, je však často pro samotného psychosomatického pacienta přístupnější. U složitějších případů to stačit nebude, ale důvěry, kterou je tak jako tak nezbytné si získat, lze využít k převedení pacienta do vhodného druhu psychoterapie. Pro takovou spolupráci se nejlépe hodí tým, jehož součástí jsou jak lékaři, tak kliničtí psychologové, rodinní terapeuti a fyzioterapeuti (8). V takovém týmu, kde se všichni vzájemně respektují, mluví spolu a vzájemně se inspirují, mohou koexistovat velmi různé pohledy na pacientovu realitu a snadněji se tak naplní ideály bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci.

Anamnéza a léčba

Případ, který nabízíme veřejnosti jako příklad psychosomatické terapie, je celkem krátký. Takto rychlý ústup potíží a dosažení změny i bez větší práce s rodinou není běžný. Chceme na případu ilustrovat práci s bio-psycho-sociální realitou pacienta, nikoli tajemné zázraky alternativní medicíny.

Na doporučení kolegy ortopeda jsme přijali do léčby čtyřiačtyřicetiletou ženu, matku dvou dětí v září 2014. Trpí bolestmi nad pravou lopatkou, odkud bolest vystřeluje do obličeje k pravému úhlu mandibuly. Bolesti, pro které chybí přiměřené vysvětlení, jsou nesnesitelné, pálivé, „nic na to nepomáhá“. Vyšetřena neurologem, ortopedem, fyzioterapeutem, stomatologem i algeziologem. Pacientka opakovaně trvala na odvozu do nemocnice, kde se dožadovala narkózy (!), aby nemusela bolest snášet. Nikdo si s ní neví rady. V noci se vzbudí a má „takové divné vibrace břicha“, posledních 14 dnů má navíc něco jako zánět močového měchýře, nutkání a pálení při močení. Stav se stále zhoršuje.

Při psychosomatickém vyšetření je samozřejmostí rozšířit anamnézu tak, jak je to jen možné. Vedle tělesných projevů nás zajímají psychické i sociální vlivy a jejich časové souvislosti. Sama s překvapením zjišťuje, že začala stonat už v listopadu minulého roku bolestí zubu. Byla to osmička vpravo dole, kterou zubařka bez váhání vytrhla. Sem také dnes míří bolest od pravé lopatky. Nabízí se alespoň lokální souvislost. Později se rozbolela stolička vlevo nahoře. Zánět lékařka léčila způsobem, který se prý nevyplatil, po následné extrakci denně vyměňovala drény, pacientka se domnívá, že proto se rána nehojila¹. Trpěla strašně až do Vánoc, než ji někdo poslal na jiné pracoviště, kde se dověděla, že to lékařka ošetřuje špatně, a byl navržen jiný postup. Vánoce tentokrát ani nepřipravovala, musela jí pomoci matka.²

Když se ptám, s čím by mohly její bolesti souviset, je s tím hned hotova: „S ničím to nesouvisí, všechno je u nás v pořádku!“ Dnes ji přivedla matka, ale zůstala sedět v čekárně.³ Prohlubujeme rodinnou anamnézu. Pacientka se narodila jako třetí dítě v rodině. Má o rok starší sourozence dvojčata. Vlastně má ještě o mnoho let mladšího bratra, tomu je 24 let stejně jako jejímu synovi. Byly spolu s matkou v porodnici, současně se narodil její matce syn i vnuk.⁴

Má jen základní vzdělání. Důvod je zvláštní. Když měla jít na střední školu, vybrali jí školu ve vzdáleném městě a tam by musela být na internátu. Toho se tak bála, že raději zůstala doma a do žádné školy nenastoupila.⁵ Později si vzala alkoholička (matka s otcem se v té době rozváděli, táta je prý alkoholik dodnes). S nespolehlivým mužem

1. V této fázi nemá smysl pacientům cokoli rozmlouvat, potřeujeme znát jeho realitu, jak on prožíval to, co se s ním dělo, jaké měl k tomu nápady a vysvětlení.

2. Z toho můžeme odhadovat, že předvánoční čas je, jako v řadě jiných rodin, plný napětí, nemoc se dokonce stavěla proti tomu, aby pacientka mohla Vánoce připravit. Má ale matku, která přispěchala na pomoc.

3. Informace o rodině jsou u psychosomatických pacientů stejně důležité jako lokalizace potíží, časové údaje nebo výsledky laboratoře.

4. Fakt, že matka po odchodu svých dětí si ještě jednou pořídí další generaci dětí, není zase tak běžný. Ale situace, kdy matka je se svou dcerou v porodnici a obě porodí dítě, je vzácná. Nic proti osobní volbě, ale z hlediska sociálního systému je problém v tom, že starší matka se místo role a pozice babičky (což představuje celou řadu změn ve prospěch mladé matky) stane také matkou. Ta mohla sotva být své dceři nápomocná v jejím úkolu u prvního dítěte kdysi před 24 lety, nebo lze alespoň hypotetizovat o různých vztahových komplikacích.

5. To by mohla být stopa toho, jak dalece nezralá byla v době dospívání. Netroufla si na další důležité vývojové stadium podle Ericksona. (9)

porodila ve dvaceti letech syna, ten je však těžce postižený, dokonce zbavený svéprávnosti. (1)⁶ Stará se o něj pořád, ale s jeho otcem se rozvedla, a ten se nestará vůbec. Pacientka má s druhým mužem dnes osmiletou dceru. „*Ta je v pořádku, chodí do školy*“.⁷ Dále se dovídáme, že druhý manžel, otec dcery „*v létě minulého roku začal jezdit kamiónem do ciziny, je třeba 14 dnů pryč v jednom kuse*“.⁸ Se stoupající důvěrou během prvního kontaktu se postupně dozvídáme, že dcera příšerně zlobí, má špatné přátele (ve 2. třídě?), neposlouchá, krade mámě peníze atd. Matka připouští, že si s ní neví rady. Sex rodičovského páru není od podzimu minulého roku, žena na to nemá pomyslení, muž (jako obvykle) ano.⁹

Už vyzkoušela všechno, nic nepomáhá, nyní dostala antidepressivum. Nikdy nepracovala, je doma se synem, ani neví, co by dělala nebo chtěla dělat. Kromě bolestí v noci špatně spí, ráno je unavená.

Pozorování: Pacientka vypadá zanedbaně, pokleslý koutek, depresivní výraz, setřená mluva. O tom, že má značné potíže, není pochyb, ale vysvětluje si je jediným možným způsobem, na kterém trvá. Hledá tělesný zdroj bolesti. Tělesné vyšetření opakovaně negativní, u nás nalézáme zvýšené napětí svalů horního úhlu lopatky s palpační bolestivostí bez omezené hybnosti. Jinak se spoléháme na odborná vyšetření ostatních specialistů včetně laboratoře.

Hypotetizování¹⁰: Mohlo by jít o bolest z psychosociálního přetížení, na které se tělo vyladuje pomocí napětí svalstva lopatky (m.

6. V téhle stručné větě je uložena tragédie osudu mladé ženy, která dospívala velmi komplikovaně a o její zralosti při výběru partnera lze s úspěchem pochybovat. Narození postiženého dítěte je zátěží vždy, natož když matka dítěte není zralá.

7. Zdravé druhé dítě lze ženě jen přát, ale péče o dvě takto odlišně vybavené děti, dospělého, ale nesvéprávného syna a dívku, která začne brzy dospívat, představuje extrémní zátěž.

8. To znamená, že žena zůstala na velmi náročnou péči o děti náhle sama. Do 3 měsíců vypuklo první onemocnění – bolest stoličky. Bylo by hodně divné, kdyby to spolu nesouviselo.

9. Záznam převzatý z chorobopisu je zoufale stručný, ale výstižný. Pokud jde o situaci manželského páru, o tom, v jakém stavu se pár nalézá, může dobře svědčit stav jejich sexu. Ten je na jedné straně ukazatelem jejich vyladěnosti a zdrojem energie páru, na druhé straně, pokud je pro jednoho z nich nežádoucí, bývá zdrojem dalšího napětí.

10. Hypotetizování je technika rodinné terapie. Terapeut, častěji celý tým, hledá nejrůznější souvislosti a vysvětlení zjištěných okolností a faktů. Je to vlastně takový brainstorming nad případem, jehož cílem je generování co nejvíce nápadů na dané téma. Podstatné není najít správné vysvětlení, ale přiblížit se realitě, zvážít a také opustit nejrůznější varianty. Důležité je být připraven jakoukoli i tu nejlákavější hypotézu opustit, když se dalšími otázkami nepotvrdí.

deltoideus, m. supraspinatus, m. infraspinatus, m. teres minor, m. teres major a m. subscapularis)? Mohlo by se napětí (a s ním i bolest) šířit k dolnímu úhlu mandibuly vpravo, kde celý proces před rokem začal bolestí osmičky vpravo dole a následně byla opakovaným drážděním trénována bolestivá reakce – jako nejspíš vyjádření emoce zoufalství a vzteku? Jak jinak je v této rodině emoce vyjadřovaná? Může být zdroj napětí ve velké nerovnováze mezi dětmi, 24letým mentálně postiženým synem a osmiletou zdatnou dcerou, kterou matka bez otce vůbec nezvládá? Umožňuje bolest matce opouštět opakovaně nesnesitelnou situaci doma, kde je převážně sama s nezvladatelnými dětmi? Jaký význam má prakticky ztráta sexuálního chování páru? Je to příznak napětí, nebo jeho zdroj? Jakou roli v tom hraje matka nemocná? A co je s jejím otcem, o kterém se říká, že je alkoholik? Jaký jiný příznak by se mohl objevit, kdybychom ji příliš rychle zbavili této bolesti? Jakou roli v případě hraje boj se zdravotnictvím (opakovaně vystavuje zdravotníky bezmoci, když se dožaduje raději narkózy)?

Závěr: Porucha sexuálního funkce (F520)¹¹, chronická bolestivá porucha (F454), somatizace emočního napětí.

Léčebný plán: Výhodné by bylo pracovat s celou rodinou, rodinnou terapií.¹² Ale pacientka si zatím není vědoma, nebo nechce mluvit o zdroji napětí a souvislostech bolesti s událostmi a emočními stavy. Proto navrhuji sérii akupunktury, případně práci s tělem (shiatzu) a jen podpůrná psychoterapie během těchto setkání, případně postupné získání pacientky pro psychoterapii.¹³

Léčba:

Za týden 1. sezení akupunktury:

11. Jakkoli jsme pracoviště, které se věnuje psychosomatické problematice, pro systém jsme dlouho byli vedeni jako sexuologie, psychiatrie, klinická psychologie a fyzioterapie.

12. Při práci s rodinou můžeme přímo sledovat interakce mezi členy rodiny, vidíme jednotlivé členy a můžeme porovnat skutečnou podobu a chování s tím, jak to vylíčil pacient. Můžeme klást cirkulární nebo reflexivní otázky, které nejen terapeutovi ale hlavně členům rodiny umožňují uvědomit si rozdíl v tom, jak kdo prožívá svou rodinu. Můžeme motivovat členy rodiny k jinému reagování, ukládáním úkolů intervnujeme přímo do dění v rodině. Vždy je to práce s tématy, nemoc představuje dominantní téma, které pomáhá zakrýt téma podstatnější, zde zřejmě problémy s dětmi.

13. To je častá volba u psychosomatických pacientů, kteří nejsou ještě nastaveni reflexi své situace.

Subj. stav je stejný, v pátek si volala RZP pro velké bolesti.¹⁴ Spontánně dodává, že ji strašně rozčiluje dcera (8 let). Chtěla jít na koupaliště, matka ji ale nechtěla pustit, a „*navíc jsem měla ty bolesti*“. Dcera ji neposlouchá, „*nemám u ní žádnou autoritu*“, nahlíží sama. Věnujeme se tématu obtíží s dcerou. Jakou má u ní autoritu otec? Nebylo by v této fázi výhodnější, kdyby se v tom víc angažoval? Je to přeci také jeho dcera, ne?¹⁵

Aplikace Žen MO (mimořádná dráha, přední střední)

Za týden 2. sezení akupunktury:

Subj. stav zlepšen, ovšem současně chodí na „*tvrdé masáže*“ a to jí dělá dobře na záda.¹⁶ Mimořádně se dozvídáme, že taky manžel si vzal volno a je už 14 dnů doma, to se jí vždy uleví. V rozhovoru velká podpora takového kroku, kdy muž zůstal doma a ujal se výchovy dcery.¹⁷

Aplikace lokálních bolestivých bodů.¹⁸

Za týden 3. sezení akupunktury:

Subj. stav: velká úleva trvá, už v noci spí, manžel je stále ještě doma a dcera se zlepšila. Na základě mé podpory (minule jsem prý řekl: „*A to ji musíte dovolit v tomto věku kamarádku, i když vám to nevyhovuje?*“) vyhodila tu zběsilou a zlou kamarádku, jak ji sama hodnotí, „*a dcera se uklidnila.*“

Aplikují lokální body. Chválím pokrok v její rodině, aktivitu manžela ve vztahu k dětem.

Za týden 4. sezení akupunktury

Subj. stav zlepšen, bolesti už nemá. Pulsové vyrovnaná. Aplikují jen lokálně a končíme. Ptám

14. Není pátek právě tím dnem, kdy přijíždí manžel po delší době domů, a tedy hrozí sex? Nebo prostě už to vyvrcholí a konečně může předat děti manželovi a zmizet?

15. Otázky jsou v takové situaci rozhodně výhodnější než jakákoli tvrzení. Kdyby byla pacientka tvrdohlavá, nedůvěřivá, nebo bojovala s lékařem o moc, jakékoli jeho tvrzení by mohla odmítnout. Otázka vede k reflexi, pracuje uvnitř psychického systému, nasvětluje části vnitřního světa pacienta, i kdyby zůstala bez odpovědi.

16. Pacient podniká obvykle více aktivit pro zvládnání potíží. Případně zlepšení nemusí být vlivem naší léčby. Je dobré o tom vědět a projevovat otevřenost k tomu, co všechno pacient ještě pro své zdraví podniká.

17. Jaká výhoda, že o něm vůbec něco víme! Kdybychom nevěděli, že hraje v případě významnou roli, nemohli bychom nyní takový krok podpořit významným oceněním.

18. Volíme sice analgetickou formu akupunktury, která nepochybně přechodně zvyšuje hladiny endorfinů, v kombinaci vzdálených a lokálních bodů podle pulsové diagnostiky, ale za podstatnější pokládáme poznámky, kterými propojujeme tělesné projevy (napětí, bolest) s emočními stavy v konkrétních situacích (sociální systém). Procedura akupunktury je reálná, mírně bolestivá, pacient musí ležet hodinu na lůžku v klidném prostředí a nemůže nepřemýšlet o otázkách, které lékař jen tak mimořádně položil, když se pacienta dotýkal. To také není bez významu.

se na dceru, už prý poslouchá. Manžel změnil práci tak, aby byl častěji doma.

Diskuze

Samozřejmě, že by psychologové nebo psychoanalytici zjistili o životě pacientky mnohem více, a pokud by pacientka byla ochotná, mohli by s ní řešit spoustu témat s cílem změnit způsob, jak sama se sebou zachází, jak se ujímá svých úkolů nebo nároků okolí. Rodinný terapeut by měl s rodinou, především se vztahem dcery a matky a babičky, nebo se vztahem mezi pacientkou a jejím druhým manželem hodně práce s cílem snížit napětí v interakcích těch nejbližších. I somatické vědy umí nahromadit mnohem více podrobností, které by bylo možné zaznamenat.¹⁹ Pojďme se ale smířit s tím, že bolesti, které dříve ženu omezovaly, přestaly po pěti návštěvách, kde možná akupunktura nebyla to nejdůležitější.²⁰ Co se to tedy asi stalo? Jak došlo ke změně?

To, co bio-psycho-sociální model dle Engela nabízí, je větší porozumění pro pacienta a jeho situaci a tím i přiměřenější možnosti intervence (10). Jenže to není vůbec snadné. Je třeba si uvědomit, jaký je vztah mezi těmito třemi vrstvami naší existence. Tělesný systém je zdrojem signálu (napětí svalů, které vyvolává bolest), psychický systém přiřadí signálu význam na základě osobní zkušenosti, zatímco sociální systémy se konstituují kolem pozorovatelných událostí, na základě komunikace (11). Každá z těchto vrstev může být zdrojem napětí, ale vrstvy nemohou jedna druhou instruovat, mohou se na sebe jen vyladovat. Na psychické napětí se může tělo vyladit zvýšením svalového napětí, zvýšeným tonem vegetativní nervové soustavy, aktivací stresové osy, se všemi důsledky (a tedy dalšími symptomy). Pozorování vzniklého rozdílu (třeba zrychleného pulsu nebo napětí svalů – zde kolem lopatky) může psychický systém zhodnotit jako nebezpečí a podle toho dále stupňovat své napětí. Podobně se vyladuje i na podněty vznik-

19. Výhodou psychosomatického pracoviště je, že je takřka jisté „na konci cesty“ pacienta, který je mnohokrát pečlivě vyšetřen všemi odborníky, zde včetně ortopedů.

20. Samozřejmě bychom mohli trvat na tom, že pulsová diagnostika a dobře provedená akupunktura vyrovnala Jin a Jang v těle pacienta, že aplikace bodů Li4 a lokálních trigger points vedla k úlevě od bolesti, snížení plnosti nad dráhou žlučníku a močového měchýře a odblokovala pohyb čchi. A možná by to bylo stačilo. My však chceme ukázat význam vyladění bio-psycho-sociálního systému, který má v evropském myšlení významnou tradici a WHO ji uvádí ve své ústavě jako základní pojetí zdraví a nemoci. Nemluví o rovnováze Jinu a Jangu. (13)

lé z interakce s ostatními lidmi (sociální systém). Vyladování se člověk ve svém prostředí od narození učí, proto je důležité, v jakém prostředí vyrostl a kolik a jakou péči mu rodiče věnovali. O tom dnes už víme mnohem více a podrobněji, popisuje to teorie citové vazby (12).

Odhadnutelné tělesné vyladění mají jednotlivé emoce. Ty vznikají na základě reakce člověka v sociálním prostředí. Proto lze podle symptomů odhadovat, o jaké emoce jde a jaká situace je vyvolala. Systém akupunktury je takových souvislostí plný (13). Současné výzkumy mozku ukazují, jak dalece se prostředí dítěte vtiskne do struktury našeho mozku a jak pak tato tělesná struktura ovlivňuje naše vnímání a chování (14).

Také lékař s pacientem se může jen vyladit (nebo nevyladit), nemůže ho vlastně informovat, protože neví nic o tom, co se stane s tím, co pacientovi říká, v jeho psychickém systému. Co je a co není informace, si vybírá sám pacientův psychický systém. Obvykle z toho, co mu říkáme, vytvoří něco docela jiného. Je dobré si ověřovat otázkami, jak pacient pochopil, co jsme řekli. Můžeme si být ale jisti, že pokud řekneme něco, co pacient na základě své zkušenosti zhodnotí jako příliš velký rozdíl, stáhne se z komunikace do obrany nebo útoku (15). To je u psychosomatických pacientů časté, protože naše tělesná medicína pro ně nemá vhodné, tedy jim blízké, odpovědi. Lékaře negativní nález obvykle uklidní, kdežto pacienta zneklidní. Nejpozději tehdy, kdy symptomy znovu zaútočí.

Jak tedy v tomto případě probíhala asi změna ve světě pacientky? V popsaném případě bylo možné vyladění (porozumění) díky celé řadě indicií. Např. informace, že pacientka je třetí dítě, které se narodilo matce rok po dvojčatech. Samozřejmě, všechno mohlo být i jinak, ale když se vžijeme do právě narozeného dítěte, jehož matka má na starost ještě roční dvojčata, snadno nás napadne, že na tohle dítě moc péče matky nezbývalo (16). Další vývoj to jen potvrzoval. Důvodů k odmítnutí střední školy mohla mít mnoho, ale fakt, že by musela jít na internát v šestnácti letech, spíše ukazuje na její nezralost. Proces separace prakticky tří dospívajících najednou v prostředí, kde otec nestíhá, a tak utíká k pití a nespokojená matka se s ním rozvádí, aby si pořídila ještě další dítě ve stejném okamžiku jako její vlastní dcera, ukazuje na další zoufalý pokus se domoci péče své matky. Jenže narozením postiženého

dítěte se všechno jen dále zhorší (17). Pokud si umíme představit, co to znamená starat se o dospělého syna zbaveného svéprávnosti současně se vzdorující osmiletou dcerou, na což zůstala žena sama poté, co manžel začal jezdit do zahraničí, pak můžeme mít pro zoufalství této ženy pochopení a dobře se s ní vyladíme. Pokud si tohle všechno neumíme představit, můžeme v ní vidět neatraktivní, zanedbanou, neschopnou, nespolutracující ženu, která si vymáhá léčbu (například narkózu) pro své (nálezu neodpovídající a tedy pro nás „neexistující“)

bolesti. Pak jí samozřejmě nemůžeme pomoci, protože se nemůžeme vyladit. V tomto případě, jak se domníváme, akupunktura nabídla dobrý způsob, jak přeladit tělesné napětí za podpory drobných změn, které žena provedla zřejmě tím správným způsobem, protože účinně. Lékař ji v tom podporoval a inspiroval ji.

Mohli bychom diskutovat o tom, zda šlo o somatizaci, konverzní poruchu nebo o tělesný projev deprese (18). Je to však v tomto případě důležité? Samozřejmě, že v řadě případů takové rozlišení je dobrá pomůcka, už pro

rozhodování o léčebném postupu. Zásadní to bude jistě i pro výzkum. Diagnóza sama však nutí posuzovat případ tak říkajíc objektivně, nezávisle, odděleně. Pak ale nejde o to, se na pacienta vyladit, mít pro jeho příběh větší pochopení, ale mít větší odstup. Posouzení. Kdybychom řekneme došli k názoru, že je to spíš konverzní porucha, dříve nazývaná hysterická porucha, bude nám pacientka o trochu sympatičtější? Nebo dnes běžnější diagnóza deprese: budeme mít pro ni víc pochopení? Změní nás to nějak? Myslím, že ne.

LITERATURA

1. Baštecká B. Psychologická praxe podložená důkazy: Věda a hodnoty. *Psychosom* 2016; 14(3): 130–151.
2. Telec I. (1 2017). Evidence – based medicine? . *PSYCHOSOM* 2017; 15(1): 7–15 .
3. Dahlke R. Nemoc jako symbol. Praha: Pragma 2000.
4. Klímová J, Fialová M. Proč (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě? Praha: Progressive consulting 2015.
5. Hnízdil J. Mým marodům. Praha: Lidové noviny 2010.
6. Honzák R, Chvála V. Psychosomatická medicína. In: Hosák L, a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum 2015: 555–655.
7. Gjuríčová Š, Kubička J. Rodinná terapie. Systemické a nara-

8. Chvála V. Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *Psychosom* 2009; 2: 93–103.
9. Erikson EH. *Childhood and society*. New York: Norton 1993.
10. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129–136.
11. Luhmann N. *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK 2006.
12. Bowlby J. Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem. Praha: Portál 2012.
13. Chvála V, Trapková L. Rodinná terapie a teorie jin-jangu.

14. Siegel JD. *The Develping Mind*. New York: Guilford Press 2012.
15. Ganttová SP, Agazarianová YM. Skupinová mysl, systémově orientované vytváření funkčních podskupin a interpersonální neurobiologie. In: Hopper E, Weinberg H. *Sociální nevědomí u osob, skupin a společností*. Praha: Irene Press 2015: 102–118.
16. Lehman K. *Sourozenecké konstelace*. Nové přepracované vydání. Praha: Portál 2016.
17. Trapková L, Chvála V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál 2004.
18. Chromý K, Honzák R. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada 2005.