

LUBOMÍR VAŠINA

AKTUÁLNÍ OTÁZKY PSYCHOSOMATIKY A SANOTERAPIE

Navštíví-li člověk s psychosomatickými obtížemi internistu, pak problém lékaře mnohdy spočívá v tom, že jeho medicínský úhel pohledu apriori předpokládá, že nemoc je následek něčeho traumatizujícího, co se pacientovi v nedávné době přihodilo (infekce, úmrtí v rodině, rozvod atd.) nebo důsledek vrozené dispozice k onemocnění určitého orgánového systému v zátěži, eventuálně vše výše uvedené současně. Tento směr uvažování o nemoci (a nikoliv o člověku v nemoci) signalizuje, že pacient je vlastně obětí okolností, které zasáhly především jeho tělo, aniž by mohl běh událostí nějak ovlivnit. Jinak řečeno, vše je dílem okamžiku nebo zlé náhody v souběhu věcí a událostí. A tak vlastně pacient není odpovědný za svůj zdravotní stav a ani nemůže ovlivnit průběh uzdravného procesu. Vše je na bedrech lékaře. To ovšem staví pacienta mj. do submisivní role vůči zdravotnickým pracovníkům.

Zejména u psychosomatických pacientů problém spočívá v tom, že na vzniku a průběhu jejich onemocnění se spolupodílí jak mysl, tak i tělo. Bohužel, není možné v tomto případě provést přímou úměru „infekce = horečka“. Člověk v sám sobě dlouhodobě „pracoval“ na nerovnovázném stavu, na nevyrovnaných vztazích mezi jevy psychickými a somatickými. V tomto smyslu je tedy přímým účastníkem tohoto dění směřujícího k psychosomatickým poruchám. Ovšem i když je mnohdy jeho nevědomým účastníkem, neznamená to současně, že je pouhou hříčkou v „rukou“ nevědomí, osudu a vlivů prostředí. Má možnost rozhodovat se, aktivně vstupovat do vlastního dění, vynakládat volní úsilí při zvládnání zátěže, uvolňovat energii pro sanogenetické mechanismy atd.

K psychosomatickému onemocnění nelze přistupovat jako k syndromu, kde část symptomů lze odstranit chirurgicky a „zbytek“ vyléčit farmaky. Stejně tak se dopouští chyby terapeut, když v zaujetí pro určitou koncepci, terapeutický směr a teoretické zázemí, které ho nejvíce „oslovily“, zcela rigidně vnucuje svůj terapeutický program klientovi či pacientovi, bez ohledu na jeho osobní historii a na jeho konkrétní cíle, ke kterým v životě směřuje a které dodávají právě jeho existenci smysl.

Dosavadní výzkumné aktivity některých klinických a experimentálních pracovišť jsou sice rozsáhlé, ale v řadě aspektů velmi stereotypní a sterilní v možnostech praktického uplatnění dosažených výsledků. O tomto faktu vypovídá i výrazný nárůst psychosomatických onemocnění v posledních deseti letech, který není možné objasnit prodloužením života populace, zdokonalením diagnostických metod, zejména metod diferenční diagnostiky a ani změnami v genetické predisponovanosti dané populace. Uvědomění si multifaktoriální etiologie těchto onemocnění odstartovalo intenzivní výzkumné hledání jednotlivých patogenních činitelů. Rozsáhlé epidemiologické studie prokázaly, že řada demografických, sociálních, psychologických a psychofyziologických faktorů může za určitých okolností získat charakter tzv. rizikových faktorů. To znamená, že psychika i soma začne na tyto faktory reagovat abnormálními až patologickými procesy a abnormálními až patologickými změnami v orgánových strukturách, které jsou nositeli příslušných funkcí, plicích v rámci příslušného celku určité úkoly. Konkrétně se tyto změny projevují takovou aktivací různých struktur CNS a takovými fyziologickými reakcemi v různých orgánových soustavách člověka, které svojí intenzitou a délkou trvání přesahují adaptační možnosti psychiky, mozku i těla. Jestliže jsou po určité době současně zablokovány autogenetické mechanismy, je to cesta k psychosomatickému onemocnění. Výše uvedené dění je doprovázeno takovými charakteristickými vnějšími projevy, které umožňují provádět diferenční diagnostiku a individuální terapii. Samy o sobě ovšem neumožňují ve všech aspektech podstatu dění pochopit, ale odkazují na mechanismy, které se zde uplatňují, a na příčiny, které je spouštějí v podobě, která se vymyká relativní normě „zdravého fungování“. Nebo odkazují na příčiny, které spuštění některých žádoucích mechanismů naopak blokují. Proto následující výzkumné aktivity mnoha vědců byly zaměřeny na hledání vztahů a souvislostí mezi tzv. rizikovými faktory, osobnostními charakteristikami, situačními determinantami a naučenými vzorci adaptivního a maladaptivního chování a prožívání.

Výsledkem této fáze výzkumného úsilí v psychosomatické problematice bylo konstituování inventáře rizikových faktorů, výčet nejčastěji se objevujících osobnostních charakteristik lidí s psychosomatickým onemocněním a psychosomatická terapie postavená pouze na jedné relaxační technice.

Nový směr ve vytyčování výzkumných projektů v dané oblasti jsme zahájili tím, že jsme opustili dosavadní fragmentární model člověka, lidské psychiky a soma i to pojetí psychosomatického onemocnění, které mělo vlastně svým způsobem podíl i na nepřilíži úspěšné dosavadní psychosomatické terapii. Začali jsme preferovat holistický přístup k člověku ve zdraví a nemoci.

Usilujeme o pochopení nekauzálních vztahů a souvislostí mezi rizikovými faktory, patologickými orgánovými změnami a člověkem jako celkem. Alfou a omegou dalšího uvažování je nalezení odpovědi na otázku typu: Co v člověku, v jeho osobnosti, v jeho já a sebekoncepci vytváří natolik významný most k bazálnímu já s jeho mohutnou integrativní silou, že zde „putuje“ dostatečné množství energie pro zvyšování odolnosti vůči dezintegrativním vlivům v zátě-

ži? Co se musí v člověku odehrát, aby generoval impuls k takovému uvolněnému množství energie, jež zabezpečí, aby osobnost mohla v zátěži fungovat integrovaně (fully functioning integrated personality)? Které osobnostní charakteristiky a jakým způsobem zasahují v konkrétní situaci tak, že se aktivují adaptivní copingové strategie? A naopak, co v osobnosti způsobuje např. vznik abulie či syndromu burnout (Freudenberger, 1974) apod.? Existuje více forem energie? Jestliže ano, potom jak jsou regulovány a distribuovány a jakou podobu mají jejich nosiče? Jak je řízena energie v sanogenetických mechanismech (sanatio, onis, = úzdravný)? Odpovědi na tyto a další otázky současně napomohou konstituování nových forem psychosomatických terapeutických programů.

Obecným cílem navrhovaného dlouhodobého výzkumného projektu je studium těch psychosomatických a somatopsychických vztahů a souvislostí, které zprostředkovávají patologické účinky biopsychických, psychosociálních a osobnostních faktorů ve fyziologických funkcích různých orgánových soustav člověka. Přitom k lepšímu porozumění patogenetickým mechanismům, které tyto přenosy zprostředkovávají, napomohou i nové poznatky o patogenezi a morfologii chorobných změn v tělesných orgánech. Tento obecný cíl je zpřesněn o studium energizačních a informačních systémů v lidském těle, které umožňují člověku existovat jako dynamický celek. O tom, jak se člověku daří či nedaří efektivně využívat informace a energie ke zvládnání zátěže, vypovídají adaptivní nebo maladaptivní vzorce chování v konkrétní zátěžové situaci.

Dílním cílem je nalézt ty charakteristiky, které jsou nezbytným předpokladem takové osobnosti, která se jako integrovaný dynamický systém vyrovnává se stresem, což má své konkrétní vyjádření mj. i ve stavu označovaném souhrnně jako well-being. Je zde předpoklad, že takto se projevující osobnost (fully functioning integrated personality) je v dobrém kontaktu s bazálním já prostřednictvím rolového já a sebekoncepcce (Vašina, 1994) nebo přímo, bez prostředníka, v přesně definovaných mimořádně změněných stavech vědomí. To je také výchozím bodem při hledání sanogenetických prediktorů já a osobnosti. Výše uvedené skutečnosti mají svůj konkrétní projev mj. ve schopnosti kognitivně řešit problém v zátěži, v prolongovaných stavech emoční stability v zátěži, ve schopnosti udržovat energetickou rovnováhu v zátěži a v adekvátní distribuci energie v celém psychosomatickém systému, ve výběru pozitivních copingových strategií, v procesu vyrovnávání se se zátěží, v intelektuální výkonnosti a flexibilitě v zátěži, v sociabilitě (sociální citlivosti, sociální zralosti, toleranci, ve schopnosti udržet status a sociální roli atd.), ve schopnosti sebekontroly a sebeovládání v zátěži a v pocitu nezdolnosti v zátěži. Jsou to lidé tvořivého a kritického myšlení, kteří vysvětlují a nemanipulují, dokazují, ale nepřemlouvají.

Z praktického hlediska je stejně tak důležité určit míru frustrační tolerance u lidí zatím bez psychosomatické diagnózy a zjistit míru jejich odolnosti vůči zátěži současně se zjištěním, které jejich charakteristiky se na této skutečnosti nejvíce podílejí. To umožňuje predikovat jejich chování v reálných životních situacích a eliminovat tak eventuální hrozbu psychosomatického onemocnění aplikací (pro konkrétního člověka adekvátního) sanoterapeutického programu.

Sanoterapie je mj. zaměřena také na posilování adherence a kongruence. V sanoterapeutickém kontextu se znovu vracíme k myšlence o nutnosti nejprve „pracovat“ s psychikou pacienta, protože jsou to jeho myšlenkové stereotypy, které se konstituovaly v průběhu zdravotních komplikací, psychotraumat, dysfunkcí atd. a které svými látkami (od chemických posílů ke spuštění určitých metabolických pochodů až po chemické látky doprovázející negativní emoce) „otravují“ orgánové systémy. Současně je nutné dát prostor v mysli i v těle „uloženému vrozenému“ úzdavnému programu. (Je dobré uvědomit si, že člověk nemá „vrozený“ program nemoci. Musí se nejprve něco destruktivního odehrát.) Faktem je, že buněčné membrány lidí závislých na drogách, na úspěchu, na práci, či lidé s různými somatickými onemocněními atd. nemají jiné receptory než druzí lidé. Stejně tak je významná skutečnost, že člověk, jehož buňky se zhruba po sedmi letech zcela vymění, se přesto závislosti nezbaví. To opět potvrzuje potřebu nejprve změnit obsah psychiky tak, aby přes mechanismus mozku byl dán povel tělu k jeho přirozenému projevení se.

V psychice je uložena minulá zkušenost o sobě samém tak, jak se formovala pod vlivem sociálního tlaku na „módnost“, pod vlivem sociálních norem apod. Tato zkušenost zase prostřednictvím chemických látek mozku „nutí“ tělo, aby se přizpůsobilo a fungovalo tak proti svému konstitučnímu typu, vrozeným dispozicím a „osobní“ zkušenosti těla z dosavadní existence člověka. Problém spočívá v tom, že tělo bojuje za svoji přirozenost a dává to najevo poruchami rovnovážného stavu mezi psychikou a tělem, nevyrovnaným vztahem mezi nimi a následnými spasmy apod.

Jedním ze základních cílů sanoterapie (která je součástí somatických psychoterapií) je obnovení původního přirozeného vztahu, jež dává prostor pro to, aby se člověk opět stal sám sebou. To znamená, aby skrze hlubší sebepoznání dospěl na cestu k seberealizaci. Jedná se mj. o uvolnění vlastních potencialit a o naplnění vlastních možností. Člověk mnohdy prožije svůj dospělý život ve strádání jen proto, že permanentně usiluje být „někým jiným“ tak, aby „splnil určité společenské normy“, aby se přiblížil vzorům z reklamy apod. Pracuje proti vlastní přirozenosti a chybí mu pocit smysluplnosti vlastního bytí. To přináší proud negativních emocí.

Skutečností je, že svobodně chceme a jednáme málokdy. Proto je věnována zvýšená pozornost sebeobjevování, sebepoznávání a sebevymezení, které nemá vést k „nějakému novému já“, ale ke změně v mysli a obnovení sanogenetických cest k vyrovnanému vztahu mezi psychikou a tělem. Je to tedy vytváření prostoru pro pozitivní usuzování a prožívání, prostor pro úzdavný proces. Jak jsme již uvedli, když je člověk například v depresi, prožívá smutnou náladu, je pesimistický, sklíčený, pak tuto skutečnost „vyjadřuje“ i celé tělo. Při bioenergetické a sanoterapeutické práci s emocemi je zpočátku důležité dát klientovi bez soudů a interpretací prostor ke kontaktu s vlastními emocemi a tělesnými pocity. Klient totiž nejprve popisuje to, co si myslí o svém problému, ale nikoliv to, co cítí, prožívá a co je mj. také zakotveno v tělesných pocitech. Proto je ne-

zbytné přivést klienta ke zkušenosti se sebou samým, k prožitku a „odvést ho od hlavy“, od slov, která pouze hodnotí a klasifikují chování.

Terapeut musí počítat s tím, že na této cestě mu klient nejprve „nabídne“ konceptuální („intelektualizované“) emoce, pod nimiž jsou teprve „uloženy“ emoce primární. Ke konceptuálním emocím se řadí například tzv. parasympatické emoce, jako jsou stud sexuální a nesexuální, lítost, zoufalství, bezmocnost, beznaděj, truchlení atd. K primárním tzv. parasympatickým emocím se řadí slast, radost, smutek atd. Ke konceptuálním tzv. sympatickým emocím se řadí vina, závist, nenávist, žárlivost atd. A k primárním tzv. sympatickým emocím patří hněv, zlost, vztek, zuřivost, úzkost, strach atd.

Emoce mají současně i polaritní charakter. To znamená, že tam, kde je radost a smích, je blízko i smutek a pláč apod. Klasickým příkladem je „hluboké“ setkání po delším odloučení, a to se nemusí týkat dvojice, ale i skupiny lidí.

Polarita může být i smíšená /například radost X zlost, smutek X zlost/ nebo sympato–sympatická /strach X vztek/.

Emoce znamenají pohyb a potřebují proudění energie. Jen tak se může do-
stavit pocit uvolnění, ať již v podobě doprovodného tělesného pocitu tepla, či jiných tělesných fenoménů. Naopak potlačovaná emoce vyvolává napětí, kumuluje energii. Vytváří se blok a nemůže pak následovat vybití této kumulované energie. Tak se uzavírá jakýsi patologický okruh.

Reálné prožívání je však ještě složitější, než je výše uvedené poněkud zjednodušené schéma. Například ani pláč ještě nemusí člověku přinést úlevu. To znamená, že za ním nebyl smutek, ale například vztek. Ten zase potřebuje další, poněkud odlišné cesty k projevení se a k následnému uvolnění napětí.

Když se člověka zeptáme jak se cítí, pak obvykle použije nějakou naučenou formulku odpovědi, protože zpočátku nevěří, že nás to skutečně zajímá nebo je plachý a potřebuje použít obranu nebo není ještě připraven na introspektivní odpověď. Někdy v jeho vyjádření se objeví konceptuální emoce, což je již krokem k tělesným pocitům, k primárním emocím, k hlubší introspekci. Je to cesta k lepšímu porozumění vlastnímu problému, k pochopení vztahů a souvislostí, jež se na problému „podepsaly“, k „dítěti v nás samotných“ /inner child state/, k pochopení toho, jak se konstituovaly objektové vztahy zejména k primárnímu objektu atd.

Změna v psychice dává prostor pro změnu v somatice. Každý z nás se liší energetickým nastavením, schopností introspekce. V sanoterapii, tak jako ve většině somaticky orientovaných psychoterapiích, se proto používají metody, označované jako centrování, focusing, grounding, facing, sounding, postupy reflexní terapie, relaxační metody, meditace a bioenergetické metody při práci s energií. Sanoterapie napomáhá člověku uvolnit spasmy, energii a dává prostor pro projevení se emocí. Učí tomu, jak naslouchat pocitům vlastního těla a porozumět tak signálům vlastního těla. Je to cesta i k prodloužení koncentrace pozornosti, k bdělému jednání a prožívání, cesta ke zvýšení vnímavosti a citlivosti. Sanoterapie také umožňuje „jít“ za svojí bolestí a uvolnit energii, která je s tímto komplexem spojena, tak aby „nastartovala“ uzdravný proces. Je to také

cesta k hlubšímu kontaktu s bazálním já a prostřednictvím tohoto spojení i cesta k vlastní spiritualitě. Silný prožitek vlastní identity z integrity vede k větší autonomii a pocitu volnosti a svobody. Je zde současně prostor pro hlubokou přeměnu sebe sama v psychosomatických a somatopsychických vztazích, pro přeladění k pozitivnímu usuzování a prožívání za současného porozumění tomu, co znamená pro konkrétního člověka jednota v protikladech z nichž jsme „utkáni“. A v neposlední řadě je to cesta k odpuštění sobě a druhým lidem, která rovněž naplňuje pocit svobody a lásky. V sanoterapii se nic neděje stresujícím a vyčerpávajícím úsilím, nátlakovými programy, které by byly považovány za jediné správné. Je plně respektována osobní historie psychiky i těla. Nevytyčují se svévolně hranice tzv. normální a abnormální psychice. Nevnučuje se žádná „jedině správná“ interpretace terapeuta. Respektuje se fakt, že pouze část autentického prožitku je „směstnatelná“ do pojmoslovného aparátu a expresivně a verbálně sdělitelná. Každá metoda použitá v sanoterapii je aplikovaná natolik citlivě, aby sama o sobě paradoxně neposilovala bloky nebo aby nespotřebovala tolik energie, že by se jí potom nedostávalo k restituci psychiky a těla, pro kterou je tato energie vlastně uvolňována. Například v současné době bývá v extrémní podobě v některých terapeutických směrech používaná metoda označovaná jako focusing (i když je skutečností, že tato metoda je součástí programů mnoha terapeutických směrů již několik desítek let, aniž by byla takto pojmenována), kde vede k problémům, které by se daly metaforicky jednou větou vyjádřit takto: „Pro usilovné zaměření se na jeden strom v lese nejsem schopen postřehnout okolní les, ani pochopit funkci stromu v tomto lese, a již vůbec nejsem schopen pochopit funkci lesa jako celku“.

TOPICAL PROBLEMS OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE AND SANOTHERAPY

The presented proposal prefers a holistic approach to human being, which is considered as an adaptive dynamical psycho-somatal system in state of health. In the case of psycho-somatic diseases, the aim of the research project is to circular causality and non-causality in those psycho-somatic and somato-psychic relations, which mediate pathological effects of bio-psycho-social and personality factors on physiological functions of cardiovascular system. The second aim is to ascertain personality characteristics, which co-create the state of well-being and at the same time enable coping with stress and ensure a full performance (fully functioning integrated personality). The third aim is to find those auto-sanogenetical predicators of ego and personality, which express the level and stability of adaptability toward stress. The therapeutical goal is strengthening of adherency, congruency, sanotherapeutical use of bio-energy, employing coping strategies etc. which an aim to harmonize mental and bodily processes and reinforce the frustration tolerance toward stresses.

Key words: psychosomatic disorders – psychosocial stress – health promotion – well – being – fully – functioning – integrated – personality – somatic psychotherapy–sanotherapy.