

PSYCHODYNAMICKÉ ASPEKTY SCHIZOFRENNÍCH PSYCHÓZ

MUDr. Petr Zahradník

Psychiatrická ambulance, Brno

Článek se věnuje některým psychodynamickým aspektům psychóz schizofrenního okruhu s tím, že prezentuje vývoj názorů na psychodynamiku psychóz do současnosti, pokouší se formulovat význam porozumění psychodynamickému pozadí v etiologii psychotických poruch a přináší několik ilustrujících kazuistických zlomků.

Klíčové slova MeSH: poruchy psychotické – etiologie; schizofrenie.

Psychiatr. prax; 2006; 5: 223–226

Úvod

Psychózy představovaly v analytické tradici vždy poněkud problémovou oblast. Kontroverze týkající se možnosti pomoci pacientům prostřednictvím psychoanalyticky či psychodynamicky orientované terapie přetrvávají od dávné Freudovy skepse (psychotičtí pacienti dle původních konceptů nevytvářejí analyzovatelný přenos, proto s nimi nelze analyticky pracovat) do současnosti (například polemika R. Lucase a R. Michelse o případném profitu psychotických pacientů z analytického přístupu v terapii, zveřejněná v *International Journal of Psychoanalysis* č. 1/2003) (5). Lucas (GB) zde prezentuje názor, dle kterého psychoanalytické znalosti a technika představují jediný způsob, jak porozumět a smysluplně hovořit s psychotiky, aniž bychom museli popírat jejich emocionální zkušenosti. Michels (USA) oproti tomu prezentuje podstatně skeptičtější stanovisko – je malá vědecká doložitelnost výsledků psychodynamické a analytické terapie, pokusy aplikovat tuto terapii jsou spíše historií neúspěchů. Psychoanalýza představuje podle Michelse jen jeden z možných jazyků, kterými se můžeme pokoušet dorozumět se s psychotiky. Psychoanalytická terapie je dle jeho názoru vhodná pro ty klienty, jejichž potíže souvisejí s (nevědomými) intrapsychoickými konflikty a kteří mají kapacitu podílet se na procesu léčby, což pro většinu schizofrenních pacientů neplatí. Michels formuluje následně představu, dle které psychoanalytická terapie může pomoci porozumět, jak se pacienti adaptují na nemoc, ale nepomáhá rozumět nemoci samotné. Psychóza je dle jeho názoru kontraindikací psychoanalytické terapie, která zde nemá větší význam, než např. pro pacienty s roztroušenou sklerózou, nádorovými onemocněními apod.

Obtíže s analytickým pojetím terapie psychóz jsou přítomny od počátku historie analýzy. Zdá se, že analytická tradice do jisté míry zachází se světem psychóz tak, jak zacházejí sami psychotici s nepřijatelnou realitou – snahou o opouzdření a následnou rejekcí do vnější reality. Na rozdíl od neuróz a depresí nelze odkázat v klasické Freudově

literatuře na stať zakladatelského významu, od které by bylo možno odvodit další analytické koncepty psychóz. Nesporně inspirativní je ovšem článek „Psychoanalytické poznámky k autobiograficky popsanému případu paranoie“ (známá kazuistika předsedy senátu Schrebera) (3), zejména svou citlivostí a prací s detaily jednotlivých symptomů, dnes již málokdy vídanou. Jak bylo zmíněno, Freud vnímal psychózy jako projevy ztráty katexe (tedy energetického obsazení) objektů. Schizofrenie byla chápána jako „narcistická neuróza“, projev masivní regrese, vznikající jako odpověď na intenzivní frustraci a konflikt s okolím. I když toto pojetí má spíše historický význam, přesto dle některých terapeutů lze podobný koncept využít při popisu schizofrenie s převážně negativní symptomatikou. Poté, co Freud vytvořil strukturální model psyché, začal nahlížet na psychózy odlišným způsobem – zatímco neurózy vnímal jako intersystemický konflikt mezi já a ono, psychózy chápal jako projev konfliktu mezi já a vnějším světem. Představa o neanalyzovatelnosti těchto pacientů ovšem přežívala i nadále. I když další autoři připustili, že psychotici přenos vytvářejí, nadále přetrvávaly obtíže s jeho analýzou; jednalo se o přenos kvalitativně odlišný od přenosu neurotiků – psychotici nepovažují terapeuta za objekt, ale za součást sebe sama či za nepřítel (jedná se tedy o přenos identifikační nebo paranoidní). Vzhledem k tomu, že analýza přenosu (stejně jako analýza snů) klade značné nároky na schopnost abstrakce (u psychotiků zpravidla narušené), nezdála se být pro terapeutické účely u této patientské skupiny použitelná. I z tohoto důvodu převládly následně u psychologických konceptů psychóz spíše modely interpersonální (např. Batesonův koncept dvojné vazby, kdy dítě je objektem inkompatibilních emočních požadavků v situaci, kde neexistuje úniková cesta a žádný z dalších členů rodiny je nezachrání kompenzací či korekcí matčina chování, což vede ke konfuzi v testování reality) (9). Ty se ale ukázaly jako problematické ve faktu amplifikace pocitů viny rodičů za nemoc dítěte, již tak přítomných

(„schizofrenogenní matka“). Nicméně směr vztahové psychoanalýzy (10), vlivný v současnosti zejména v USA, se k těmto hypotézám oklikou vrací (Storolow prezentuje názor, dle kterého významným faktorem v predispozici k psychotickým stavům je mohutné vývojové selhání ve funkci potvrzení percepce dítěte ze strany primárních objektů – tedy rodičů).

Analytická literatura přináší některé fragmenty týkající se výkladu symptomů (9) – např. dle Modella halucinované hlasy u psychotiků mohou představovat určitou fázi raného vývoje nadjá; hlasy mohou být protektivní a milující, ale rovněž hostilní a nepřátelské – v tom případě reprezentují náhražku pocitů viny, které jsou touto aktivní manifestací umenšována. Celkově se ale zdá, že fragmentace (spíše než ucelená koncepce) analytických názorů na schizofrenii jakoby rezonovala s povahou onemocnění samotného. Souhrnnější koncept přináší především Bion (1), jehož dílo je v současné době rozvíjeno zejména T. Ogdenem. Dle Biona má schizofrenní proces jakoby „autoimunní“ povahu: určitá část já v situaci, kdy hrozí zaplavení nezvládnutelnými a nepřijatelnými afekty, začíná sama štěpit v zájmu destrukce těchto emocí percepční aparát. Útoky proti procesu vnímání vedou k fragmentaci s tím, že takto vzniklé části psyché jsou vypuzovány ven cestou projektivní identifikace. Zde se navazují na části vnější reality a vytvářejí tzv. bizarní objekty. Přítomnost projektivní identifikace může terapeut rozlišit nejlépe analýzou vlastního protipřenosu. Proto Rosenfeld konstatuje v parafrázi známého Freudova výroku o snech, že protipřenos představuje *via regia* k psychóze pacienta (8). Ogden (6) definuje schizofrenní konflikt jako konflikt mezi přáním udržet psychický stav, ve kterém mohou existovat významy, a přáním zničit význam a myšlenku a rovněž kapacitu prožívat a myslet. Se zákazem prožívání se pacient následně vyrovnává trojím způsobem:

1. vzbuzením myšlenek a pocitů v druhých osobách cestou projektivní identifikace,
2. fragmentací a zkruslováním myšlenkových obsahů (jedná

se o klinicky popsatelné formální poruchy asociací (psychotiků) a konečně 3. zbavením všech symbolických myšlenek jejich významu (v podobě konkrétního myšlení). Psychotické symptomy mají vždy svůj význam, kterému ovšem nebývá snadné porozumět – např. grandiozní bludy či halucinace mohou následovat po ohrožení či poškození sebeúcty psychotického pacienta v rámci reparačního procesu. Bionův přístup je odvozen od pojetí M. Kleinové, kde závist (vůči prsu, který je schopen dítě sytit) vede k útoku na „dobrý objekt“ a k jeho destrukci; v našem případě nedochází k útoku na objekt samotný, ale k útoku na část mysli, která je s objektem a s realitou jako takovou spojena. Destruován není objekt samotný, ale psychické kapacity na něj navázané. Mysl tedy ničí sebe samu (4).

Příkladem může být asi 50letá pacientka popisující prožitky vyprázdnění, roztržitého myšlení, jakoby myšlenky vířily a nemohly se usadit... Prožitky fragmentace vztahuje i k somatickému self – má „vyprázdňený vnitřek“, břicho, jídlo jakoby procházelo jejími útroby, aniž by si z něj mohla vzít jakoukoliv energii... Prezентuje denní fantazii o temném otvoru, který vede do podzemí, táhne ji to vstoupit, ale snaží se ubránit (vizualizace děsivých pudových obsahů v oblasti id). Reparační fantazie mají primitivní inkorporační povahu – mohla by jí pomoci správná strava, která by „vnitřek“ zaplnila přijatelnějším obsahem; důsledně rovněž dbá o správnou racionální výživu vlastní dcery.

Současní autoři (Gabbard, Tizon, Lucas) nijak nezpochybňují fakt, že ve vzniku schizofrenie hrají zásadní roli biologické (biochemické, genetické a další) faktory. Spíše je přítomna snaha více pochopit psychologický význam symptomů s tím, že toto se děje jednak ve službách snahy porozumět lépe psychotickým pacientům (i když citovaná představa R. Lucase o výhradním způsobu porozumění prostřednictvím analytické techniky je samozřejmě snadno napadnutelná), ale rovněž udržet vlastní integritu v konfrontaci s psychotickým světem, který atakuje náš způsob myšlení a prožívání, aniž bychom byli nuceni uchýlit se v rámci sebezáchovy k popírání prožitků pacientů, jejich rejekci, pseudopedagogickému přístupu atd. Tizon (2) chápe psychotické obrany jako zoufalý pokus ega stabilizovat chaotický vnitřní svět. Neschopnost překonat symbiotické vývojové stadium vede k pseudozávislosti a pseudonezávislosti; tyto stavy se manifestují takovými symptomy, jako je negativismus, impulzivita, hyperaktivita, obsedantně – fobické symptomy. Zkušenost tělesného self je hluboce narušena, objevují se somatizace prožitků v podobě somatických a hypochondrických bludů („cenestopatií“), bizarní polymorfni sexualita. Je přítomna dominance projekcí

(vypuzování) před introjekcemi, dochází k regresi do paranoidně-schizoidní pozice (dle Kleinové) a objevují se masivní perzekuční úzkosti.

Psychodynamické aspekty v terapii psychóz

Ogden (6) se pokusil popsat fáze v psychoterapii psychóz z psychoanalytického pohledu; rozlišuje 4 základní stadia:

1. **stadium neprožívání** – kdy fragmentace psychiky psychotického pacienta ústí do pocitu vyprázdňenosti, sdíleného pacientem i terapeutem – v rámci zmíněné projektivní identifikace. Sezení s pacienty jsou prázdná, bezobsažná, ale nikoliv emocionálně zatěžující. Je spíše přítomna nezajímavost a nuda, fantazijní život slabne na obou stranách. Všechny prožitky jsou rovnocenné a zaměnitelné, vše má prakticky totožnou emoční hodnotu. Terapeutickým cílem v této fázi má být pokus vytvořit podmínky pro obnovu pacientovy schopnosti myslet a prožívat, přitom nenutit pacienta k myšlení, spíše sloužit jako kontejner projektivních identifikací ze strany psychotického pacienta.
2. **stadium projektivní identifikace** – kdy se pacient odvažuje prožívat skrze terapeuta a současně testuje jeho schopnost vlastní – často chaotické a ohrožující – prožitky unést a vrátit je zpět v benignější podobě. U verbálně aktivnějších pacientů se v této fázi mohou objevovat např. suchá a monotónní líčení zážitků a dat; pocity vyčerpání na straně terapeuta souvisejí se snahou pacienta zbavit se vlastní prázdnoty.
3. **stadium psychotického myšlení** – je spojeno s aktivací některých symptomů, dochází ke znovuoživení útoků na percepční aparát pacienta, jsou přítomny halucinace, bludné myšlení, je narušena schopnost testovat realitu. Dle Ogdena se ke konci tohoto období objevuje přechodové stadium, kdy jen již patrný počátek schopnosti pozorovat a používat slova k reprezentaci svých prožitků, organizaci psyché a k myšlení. Popsané stadium sice představuje progres v terapii, nicméně může být i nebezpečí suicidálních pokusů či násilných útoků proti druhým osobám, pokud převažují paranoidní projekce. Sebevražda bývá často neočekávaná, protože okolí – i terapeut – mohou mít pocit, že pacientův stav se vlastně zlepšuje.
4. **stadium symbolického myšlení** – dochází k redukci popsané symptomatiky, objevuje se obnovený pocit relativního klidu, pacient objevuje nové formy myšlení, ale rovněž potěšení z myšlení, dříve vymizelé. Současně se ale může objevovat výraznější depresivní symp-

tomatika, spojená s pocity bezcennosti a viny v konfrontaci se svými četnými selháními, objevuje se pocit nedostatečnosti s následnými snahami o kompenzaci apod.

Ogden sám zdůraznil, že vývoj terapie nemá takto přímočarý charakter, ale časté jsou regrese do předchozích vývojových stadií, obvykle ve spojení s momenty v terapii (odjezd terapeuta, jeho chyby, fantazijní zrada při zahájení terapie s jiným pacientem apod.).

Za nevhodný postup je v psychoterapii psychóz považována nemodifikovaná psychoanalýza, zanedbávající zvláštnosti psychotického já, dále zakrývající podpurná psychoterapie (uklidňování, konejšení, dovolávání se zdravého rozumu apod.), případně neúměrná gratifikace infantilních přání a potřeb pacientů (terapie pak vychází z traumatického modelu a předpokládá, že pacienti jsou ve své většině raně traumatizovaní a mohou být vyléčeni „láskou“, tedy korektivní zkušeností). Entuziasmus terapeuta v podobném případě záhy opadá v situaci, kdy je konfrontován s faktem, že přes jeho upřímnou snahu k výraznějšímu zlepšení bohužel nedochází.

Doporučována je spíše flexibilnější terapie (11) s tím, že nelpíme na některých attributech běžných v psychodynamické či analytické terapii (vhodná je pravidelnost sezení, není ale nezbytné trvat na fixní délce sesi). Významné je vytvoření terapeutické aliance, vylučuje se pokus o přenosové interpretace, které jsou pro psychotické pacienty zpravidla matoucí a nesrozumitelné. Terapeut by měl být značně kreativní ve snaze nalézt s pacientem společná východiska, což se samozřejmě ne vždy daří. Společným cílem může být např. snaha vyhnout se hospitalizaci, ta by ovšem neměla být demonizována tak, aby byla i do budoucna pro pacienta zcela nepřijatelná. Terapeut by měl vytvářet pro pacienta azylový prostor, což při konfrontaci s vlastními protipřenosovými úzkostmi nemusí být nijak snadné. Pokud jsou všechny negativní pocity vůči pacientovi vytěsňeny a popřeny, pacient může získat pocit, že terapeut je nereálný (4) – to ovšem nemá být vnímáno jako výzva k excesivnímu sebeodhalování. Užitečná může být skupinová terapie, důležité je její načasování (dezorganizovaní pacienti představují pro skupinu obvykle příliš velkou zátěž). Skutečnost, že i hospitalizace v sobě zahrnuje psychodynamické prvky, může vysvětlovat fakt, že přijetí pacienta do psychiatrického zařízení někdy vede ke zlepšení jeho stavu, aniž by byla uskutečněna jakákoliv jiná změna (např. úprava medikace). Psychodynamické aspekty hospitalizace popsali Pěč a Herčíková (7): pevný řád a struktura zpevňuje fragmentované self pacienta, izolace od rodiny může snížit psychotickou úzkost z pohlcení v touze po symbiotickém splnutí, případně použité donucovací prostředky externali-

zují pronásledující nadjá pacienta a částečně oslabují jeho účinnost, štěpení se externalizuje do vnímání „zlého a hodného personálu“ (zde se samozřejmě nejedná jen o pacientovu projekci, ale rovněž o projevy nevědomé identifikace profesionálů s odštěpenými splitovanými částmi pacientova self).

Kazuistické příklady

Kazuistický příklad 1: Pětatřicetiletý pacient je léčen psychiatricky asi 10 let s tím, že dlouhodobě trvá jeho obava z ohrožení vnější agresí. Pacient v rozhovorech s terapeutem opakovaně upozorňuje na to, že v některých částech města jsou různé, např. kapsářské gangy, které mohou přepadnout i lékaře a je třeba se mít před nimi na pozoru. Proto se dlouhodobě trénuje v různých bojových uměních, aby se jim dokázal dostatečně ubránit. Pocit ohrožení jej v minulosti – ještě před navázáním kontaktu s psychiatrií – vedl k tomu, že atakoval a vážněji zranil muže, o kterém se domníval, že mu chce ublížit. Byl sice trestně stíhán, ale nakonec osvobozen (jeho jednání bylo kvalifikováno jako přiměřená obrana). Psychická nemoc tehdy identifikována ještě nebyla. V dětství byl skutečně – jako skupinový outsider stigmatizovaný rovněž menším vzrůstem – terčem skupinové agrese, zřejmě významnějším faktorem je ovšem jeho ambivalence ve vztahu k otci, pijícímu a násilně se chovajícímu uvnitř rodiny. Nadjá pacienta se v současné době prezentuje formou auditivních halucinací. Ty mají podobu hlasů slavných filmových protagonistů akčních filmů; ti jej nabádají, aby byl „hodný“ a své fyzické schopnosti využíval jen ve službách dobra. To se mu rovněž prozatím daří.

Příklad naznačuje poměrně jednoduché schéma vzniku psychotických symptomů cestou projekce vlastních agresivních impulzů do okolí s následně vznikajícím pocitem ohrožení. Nadjá pacienta se manifestuje jako psychoticky odštěpený korektor jeho latentní agrese s tím, že v současné době pacienta de facto chrání. Lze předpokládat, že agrese pacienta mají komplexní původ, nicméně z uvedeného zlomku lze zvažovat, že se vztahují ze značné části k otci; v tomto smyslu se objevují i v přenosu k terapeutovi (pacientovo varování před možným přepadením v rizikovějších částech města lze vnímat jako projev skrytě hostilního přenosu vůči lékaři, ještě zřetelněji vystupuje tento moment do popředí v otázce pacienta, kdo by dále vedl jeho léčbu v situaci, kdyby se terapeutovi něco zlého přihodilo). Obranou pacienta proti agresí je jeho altruismus – stará se o lékařovo dobro a snaží se jej ochraňovat podobně, jako hlasy ochraňují jeho. „Město s nebezpečnými čtvrtěmi“ můžeme chápat i jako symbolické zobrazení pacientovy psyché, která rovněž zahrnuje nebezpečné a rizikové části, obsazené agresí. V další perspektivě je možno

uvažovat o tom, že halucinatorní symptomatika by mohla vymizet za předpokladu, že pacient se opakovaně přesvědčí (ať již v reálné či v terapeutické situaci) o tom, že jeho agrese a destruktivita nemusí mít fatální následky. Je ale rovněž možné, že symptomatika bude dlouhodobě přetrvávat s tím, že současné uspořádání umožňuje pacientovi relativně přijatelnou vztahovou adaptaci (má přítelkyni a vztah se jeví jako dlouhodobě konsolidovaný).

Kazuistický příklad 2: Mladá pacientka, léčená pro schizofrenní psychózu, s dlouhodobě floridní, nicméně mitigovanou halucinatorní symptomatikou a naznačenou senzitivní vztahovostí, přináší do sezení následující sen: nachází se se skupinou cizích lidí na ostrově. Přichází varování před ničivou vlnou – pacientka i ostatní dostávají doporučení, aby se drželi mříží jakési kovové konstrukce, která je poblíž. K dispozici jsou dále záchranné pomůcky, když si je ovšem pacientka prohlédne, zjistí, že jsou bezcenné – jedná se o dětská nafukovací kola, polštářky, tedy dětské hračky, které v situaci vážného ohrožení nemohou pomoci. Vlna skutečně přichází, pacientka se nejprve snaží držet mříží, ale nedaří se jí to, nakonec ji vlna vynese na blízký kopec, kde se zachytí a zůstane zde. Zjišťuje, že na kopci je řada novinářů, kteří celé dění z bezpečné vzdálenosti sledují, vyzývají se jí, jak se cítí apod. Pacientka se zajímá o osud svých kolegů, tuto otázku novináři odbudou s tím, že zřejmě všichni zahynuli, informaci ale podávají bez jakékoliv emocionální účasti. Tím sen končí.

Sen bylo možno chápat v různých významech, nicméně s ohledem na aktuální situaci pacientky se zdálo, že zobrazuje především její obavu z návratu psychózy (představované ve snu vlnou, která smete vše, co jí stojí v cestě, přičemž nejsou k dispozici nástroje, které by tomu zabránily, jen neúčinné „dětské hračky“ – léky?). Pozoruhodná je ovšem snová reflexe přenosu k terapeutovi, který se ve snu zřejmě objevuje v postavě novináře – jako nezúčastněný pozorovatel, který se distancovaně vyzývá na pocity pacientky („jak se cítíte?“), aniž by bylo zřejmé, zda jej skutečně zajímají. I když sen nebylo možno bezprostředně interpretovat, přinesl pro terapeuta významný materiál, týkající se jak aktuálního stavu pacientky, tak distance, kterou ze strany terapeuta cítila.

Kazuistický příklad 3: Asi 30letý pacient byl před řadou let léčen kognitivně-behaviorální terapií pro obsedantně-kompulzivní potíže. Ty se částečně zmírnily, nicméně začala nápadně narůstat tenze, která vedla až k jeho hospitalizaci. Během ní se ukázalo, že došlo k rozvoji psychotických příznaků; pacient získal přesvědčení, že je posedlý zlým duchem (kterému rovněž naslouchal v podobě

auditivních halucinací), který se prostřednictvím jeho osoby pokouší destruovat jeho rodinu. Veškeré nepříznivé události (onemocnění členů rodiny apod.) přičítal pacient jeho vlivu. Zpětně se ukázalo, že obsedantně-kompulzivní symptomatika byla pokusem prostřednictvím magických rituálů působení „démona“ neutralizovat. Medikamentozní léčba vedená rozmanitými antipsychotiky vedla jen k malému zlepšení, dlouhodobě hrozilo riziko suicidia. Možnost zabít se a tím zabít i zlého ducha zůstávala jediným kurativním scénářem pacienta – v sezeních poukazoval na skutečnost, že tato alternativa byla prezentována i ve filmu *The Exorcist* (Vymítač ďábla). K poměrně zřetelnému zlepšení došlo až poté, co pacient strávil delší dobu v jiném městě v rodině své sestry, která byla čerstvě vdaná a měla malé dítě. I když příznaky zcela nevymizely, naléhavost přesvědčení o vlastní destruktivě se výrazně zmírnila.

Z dostupných anamnestických dat bylo možno vytvořit následující hypotézu o pozadí obtíží: pacient vyrůstal v úplné rodině s pedantickým a přísným otcem, který sice na případná dětská provinění pacienta nereagoval tresty, ale pečlivě je registroval a i s dlouhým časovým odstupem byl schopen je pacientovi připomínat a vytýkat. Výtky byly spojeny se zdůrazněním pocitů viny, neboť otec si dlouhodobě stěžoval na různé tělesné potíže a syna upozorňoval na to, že svým chováním jeho zdravotní stav zhoršuje. Traumatickým zážitkem byla pro pacienta situace, kdy se v dospívání vrátil domů později, než slíbil, načež otec z rozčilení dostal srdeční záchvat a bylo nutno volat záchrannou službu. Přesvědčení pacienta o jeho destruktivě posléze narostlo do té míry, že jeho nadjá se pokusilo vytvořit defenzi prostřednictvím magických obsedantních rituálů. To se ale ukázalo jako nedostatečné, a to i díky tomu, že v pacientovi postupně narůstal reálný vztah na otce za jeho chlad a nedostatečnou empatii. Nakonec nezbylo, než agresivní impulzy psychoticky odštěpit do podoby „démona“ – tím se pacient sice částečně osvobodil, na druhé straně se stal bezmocným vůči omnipotenci a všudypřítomnosti „zlého ducha“. Popsané zlepšení nastalo zřejmě především díky tomu, že pacient se ocitl v prostředí, kde s agresí a destruktivitou bylo zacházeno podstatně sofistikovanějším způsobem než v primární rodině, a sám se přesvědčil o tom, že agrese nemusí mít fatální důsledky. Poté bylo možné agresivní impulzy introjiovat alespoň zčásti zpět, již s menšími obavami z jejich následků. Smysl měl jistě i fakt, že rovněž terapeut byl schopen kontakt s pacientem „přežít“ bez zřetelnější újmy (pacient se v sezeních opakovaně zmiňoval o tom, že terapeut sám netuší, jaká nebezpečí hrozí i jemu).

Diskuze a závěr

Jaký význam může mít tedy psychoanalytické a psychodynamické myšlení pro léčbu psychotických pacientů? Ve shodě s Lucasem snad lze formulovat několik základních momentů:

1. Můžeme se pokusit porozumět tomu, jaký konflikt byl pro pacienta natolik neúnosný, že byl nucen zpracovat jej prostřednictvím psychotických obran (při vědomí skutečnosti, že centrální konflikt zřejmě nebudeme moci v kontaktu s pacientem přímo interpretovat). Oprávněná námitka se může týkat skutečnosti, že u psychóz zřejmě nevystačíme pouze s konfliktním modelem, ale musíme počítat rovněž se slabostí já, rozvolněním jeho hranic vůči vnějšímu světu atd. – tedy koncept musí zahrnovat rovněž model deficitní. Uvedený fakt nás musí vést k obezřetnosti při stanovování cílů psychoterapie u psychotických pacientů – na místě nejsou omnipotentní fantazie o úplném vyléčení, ale spíše úvaha o dosažení přiměřené adaptace s možností adekvátního vztahového či pracovního uplatnění. Řada pacientů preferuje volbu „ďábla, kterého znají“ (4) před nejistotou změn spojených s neúnosnou úzkostí. Cílem nemusí být nutně „vymazání“ veškerých symptomů, které pacienti vykazují. I mediálně známé příběhy osobností z různých oblastí života ukazují, že lidé, kteří dlouhodobě mají symptomy klasifikovatelné jako psychotické, mohou být ve své adaptaci

relativně úspěšní (příběh nositele Nobelovy ceny J. Nashe byl zpopularizován oscarovým filmem *Beautiful Mind – Čistá duše*, známá je rovněž historie rockového hudebníka Briana Wilsona, který v r. 2004 dokončil a vydal album *Smile*, při jehož natáčení se skupinou Beach Boys v r. 1967 onemocněl psychózou, jejímiž příznaky – zejména halucinacemi – trpí až do současnosti, jak sám uvedl v rozhovoru koncem r. 2004).

2. Vytvoření přijatelného modelu a konceptu nemoci u konkrétního pacienta má význam pro integritu terapeuta, který s pacientem dlouhodoběji pracuje.
3. „Vyladění se na vlnovou délku pacienta“, tedy schopnost navázat s ním kontakt, aniž bychom

byli nuceni odmítat či naopak falešně potvrzovat psychotickou realitu pacienta, může být významným příspěvkem pro spolupráci („adherenci k terapii“) i ve farmakoterapii, kterou pochopitelně i čistě analyticky orientovaní autoři považují za *conditio sine qua non* v léčbě psychotiků. Snad lze předpokládat, že skutečnost, kdy pacient vnímá ze strany terapeuta jisté porozumění, či alespoň úsilí dosáhnout jej, má pro jeho následující spolupráci při léčbě zásadní význam.

MUDr. Petr Zahradník
 Psychiatrická ambulance
 Škroupova 48, 636 00 Brno
 e-mail: zahradnik@alfa95.cz

Literatúra

1. Bion WR. Differentiation of the psychotic from non-psychotic personalities. Second thoughts: Selected pápera on psychoanalysis. New York. Jason Aronson, 1967: 43–64.
2. Brenner I., Volka V. Psychoanalytic treatments of schizofrenis patiens. Int J Psychoanal 2004; 85: 1231–4.
3. Freud S. Psychoanalytické poznámky k autobiograficky popsanému případu paranoie (dementia paranoides). Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Psychoanalytické nakladatelství. Praha 1997; 8: 205–259
4. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Press. Washington DS. 2000: 597 s.
5. Lucas R. Psychoanalytic Controversies: The relationship between psychoanalysis and schizofrenia. Int J. Psychoanal 2003; 84: 3–15.
6. Ogden T. Povaha schizofrenního konfliktu. Revue psychoanalytické psychoterapie 2002; 1: 27–45
7. Pěč O, Herčíková M. Léčebné prostředí a pacient – některé formy vztahu. In: Inštituce jako obrana v psychóze. Sborník přednášek konference Jáchymov 2000. Psychiatrické odd. Nemocnice Ostrov s.r.o. 2001: 11–13.
8. Rosenfeld HA. On the treatment of psychotic states by psychoanalysis: An historical approach. Int J Psychoanal 1969; 50: 615–31.
9. Rycroft Ch. Kritický slovník psychoanalýzy. Psychoanalytické nakladatelství. Praha. 1993; 156 s.
10. Storolow RD, Atwood GE. Tři říše nevědomí. V: Mitchell SA, Aron L. Vztahová psychoanalýza – zrození tradice 2. díl (příspěvky z let 1991–1994). TRITON. Praha. 2004: 326 s.
11. Tubert-Oklander J. Předpoklady psychoanalytického přístupu k psychózám. Revue psychoanalytické psychoterapie 2002; 1: 15–26.

Skrácená informácia o lieku Orfiril® long:

Výrobca: Desitin Arzneimittel GmbH, Weg beim Jäger 214, D 22335 Hamburg, SRN

Lieková forma: Kapsuly a vrecúška s minitabledami s predĺženým uvoľňovaním. **Účinná látka:** natrii valproas (nátriumvalproát), 150 mg, 300 mg v jednej kapsule, 500 mg, 600 mg v jednom vrecúšku. **Pomocné látky:** Stearan vápennatý, metylovaný oxid kremičitý, metakrylátový kopolymér typ RS, etylcelulóza, dibutyl-ester sebakovej kyseliny, olejová kyselina, želatína, indigokarmín, laurylsíran sodný.

Terapeutické indikácie: Liečba primárne generalizovaných záchvatov typu absencií, myoklonických a tonicko-klonických záchvatov, liečba fokálnych a sekundárne generalizovaných záchvatov, kombinovaná liečba ostatných foriem epileptických záchvatov, napr. parciálnych záchvatov s elementárnou a komplexnou symptomatológiou, ako aj fokálnych záchvatov so sekundárnou generalizáciou, ak tieto formy neodpovedajú na obvyklú antiepileptickú liečbu, liečba akútnych manických epizód a profylaktická liečba bipolárnych afektívnych. **Upozornenie:** U malých detí s výskytom záchvatov je nátriumvalproát liekom prvej voľby, najlepšie v monoterapii a po dôkladnom zvážení rizikových faktorov. **Dávkovanie, spôsob podávania: Liečba epilepsie:** Dávkovanie je individuálne, indikované a kontrolované lekárom, pričom bezzáchvatové obdobie môže byť dosiahnuté aj pri minimálnom dávkovaní obzvlášť v tehotenstve. Pri liečbe nátriumvalproátom sa odporúča postupné zvyšovanie dávky až do dosiahnutia optimálnej účinnej dávky. U monoterapie predstavuje počiatočná dávka zvyčajne 5–10 mg/kg váhy, ktorá sa má po 4–7 dňoch asi o 5 mg/kg telesnej váhy zvyšovať. Obvyklá stredná denná dávka pri dlhodobej liečbe je: U detí 30 mg nátriumvalproátu/kg telesnej hmotnosti. Mladiství 25 mg nátriumvalproátu/kg telesnej hmotnosti. Dospelí a starší pacienti 20 mg nátriumvalproátu/kg telesnej hmotnosti. Denná dávka sa môže podávať v 1–2 dávkach. Individuálna dávka sa riadi klinickým efektom, pričom môže byť dosiahnutá plazmatická hladina medzi 50–100 µg/ml. Maximálna denná dávka vo výške 60 mg/kg telesnej hmotnosti nemá byť prekročená. **Spôsob užívania a trvanie liečby:** Minitabledy s predĺženým uvoľňovaním sa užívajú nezávisle na jedle, nerozhryzené, a zapijú sa dostatočným množstvom tekutiny (približne 1 pohár vody). Môžu byť vyspané do nápoja alebo pudingu. Tento spôsob používania je vhodný pri prehltnutých ťažkostiach. V žiadnom prípade sa nesmú rminitabledy rozhrýzať, lebo môže dôjsť k zhoršeniu efektu predĺženého uvoľňovania. **Návod na otvorenie vrecúška a užitie obsahu je súčasťou písomnej informácie pre užívateľa.** **Kontraindikácie:** Nátriumvalproát nesmie byť podávaný pacientom s precitlivenosťou na nátriumvalproát alebo iné súčasti lieku (viď zloženie), s ochorením pečene, a ani u pacientov, ktorí majú vo svojej alebo rodinnej anamnéze ťažko prebiehajúce poruchy pečeneých funkcií alebo funkcie podžalúdovej žliazy. **Nežiaduce účinky:** Treba upozorniť, že na začiatku liečby sa môže zriedkavo vyskytnúť neškodná, obvykle prechodná nevoľnosť, niekedy aj so vracaním a stratou chuti do jedla, tieto však vymiznú spontánne alebo po znížení dávky. O znížení dávky musí vždy rozhodnúť lekár! Informujte preto vždy vášho ošetrojúceho lekára, keď u seba pozorujete výskyt nežiaducich, aj prípadne ani tu neopísaných účinkov lieku! **Používanie v gravidite a počas laktácie:** V prípade, že podávanie nátriumvalproátu je nevyhnutné, mala by byť v tehotenstve, najmä v prvom trimestri ordinovaná čo najnižšia dávka, ktorá zabezpečí kontrolu záchvatov, a treba sa vyvarovať kombinácie s inými antiepileptikami. Poškodenia sú s najväčšou pravdepodobnosťou vyvolané maximálnymi plazmatickými koncentraciami, preto pri plánovaní rodiny a v každom prípade medzi 20 a 40 dňom po opodnení je nutné dennú dávku rozdeliť do viacerých malých dávok. Okrem toho pravidelné sledovanie plazmatických hladín musí byť realizované počas celého tehotenstva, nakoľko tieto môžu kolísť aj pri nezmenených dávkach. Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje: Na začiatku terapie nátriumvalproátom, pri vyšších dávkach alebo pri kombináciách s inými liekmi, ktoré majú vplyv na centrálny nervový systém, ako aj alkoholom, sa môže objaviť ospalosť, zmätenosť a môžu sa natoľko zmeniť reakčné schopnosti – nezávisle od základného ochorenia – že schopnosť riadiť vozidlo alebo obsluhovať stroje je znížená. Pre alkohol to platí ešte vo zvýšenej miere. Čas použiteľnosti: je u Orfiril® long 2 roky. Veľkosť balenia: 100 × 150 mg, 100 × 300 mg, 100 × 500 mg, 100 × 1 000 mg. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Desitin Arzneimittel GmbH, Weg beim Jäger 214, D-22335 Hamburg, SRN
 Dátum poslednej revízie textu: 01. 07. 2000.

Podrobnú informáciu o lieku získate na adrese: DESITIN OE Bratislava, Bajzova 2, 821 08 Bratislava, tel./fax: 02/55563810, alebo: www.desitin.sk