

HYPNÓZA JAKO SOUČÁST PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU

Mgr. Blanka Doležalová

Psychiatrická léčebna Kosmonosy, odd. Sadská

Kazuistické sdělení ukazuje možnosti využití změněných stavů vědomí v rámci individuální psychoterapie. V tomto příspěvku se jedná o muže s mnohočetnou patologií v osobnostním vývoji. Byl opakovaně hospitalizován s diagnózou dekompenzace smíšené poruchy osobnosti, doprovázenou hypertenzí a enuresis nocturna. Stále častěji se objevující regresivní symptomatika, především její somatický projev – enuresis nocturna, pacientovi v konečném důsledku znemožňovala vést život v běžných sociálních podmínkách. V posledních letech trávil v průběhu roku v léčebně 8–9 měsíců. Kazuistika se týká především terapeutické práce dvou posledních hospitalizací. V průběhu psychoterapeutického procesu došlo postupně ke stabilizaci psychického stavu osobnosti a k minimalizaci průvodní symptomatologie.

Psychiat. pro Praxi 2008; 9(5): 236–239

Úvod

V praxi pracuji často s diagnózou poruch osobnosti. Zvláště u poruch hraničního typu se v terapii leckdy setkáváme s obzvlášť psychicky náročnými, často pocitově chaotickými úseky psychoterapeutického procesu. Po zvážení rizika pro pacienta aplikuji hypnoterapii. Používám ji také tehdy, jestliže pacient bojuje příliš dlouho s nemožností vyjádřit se verbálně. Při rozhodování o aplikaci hypnózy kladu zvláštní důraz na dostatečnou pevnost osobnostní struktury dotyčného.

V praxi používám změněný stav vědomí k sugescím vizualizací či k rozšíření škály pocitů, také k terapeutickému rozhovoru. S hypnózou pracuji i v případech, je-li zapotřebí odžít emoci v katarzi a abreakci jinak než při psychoterapeutickém rozhovoru bez změněného stavu vědomí. Individuálně používám i specifické metody, jako je např. regrese nebo připojení disociovaného psychického útvaru.

Kazuistika

Pacienta P. doporučila do mé péče k individuální psychoterapii (PT) vedoucí lékařka rehabilitačního pavilonu v rámci jeho 24. hospitalizace v PL Kosmonosy, odd. Sadská.

Tehdy šlo o 48letého tmavovlasého muže, vyšší plnoštíhlé postavy, s užším bledým obličejem, z něhož vystupují výrazné, tmavé oči. Působil a doposud působí neohrabaně, ale zároveň upoutává výraznou mimikou a živou gestikulací.

Pacient je 2x rozvedený, má 2 děti, které žijí se svou matkou. Aktuálně žil sám ve svém bytě. Byl vyučen a zaměstnán jako opravář zemědělských strojů. Od r. 1989 je z psychiatrické indikace v invalidním důchodu. V PL byl od roku 1987 opakovaně hospitalizován pro úzkostné stavy a enuresis nocturna. Předposlední hospitalizace s dg. dekompenzace smíšené poruchy osobnosti trvala od dubna 2005 do března 2006. V rámci individuální psychoterapie jsem u tohoto pacienta používala i hypnoterapii ke

zřetelnějšímu vybavení a zpracování traumatických a konfliktových zážitků prožitě minulosti.

Anamnestická data

Pacient byl u nás v léčebně přijat ke své první hospitalizaci v květnu 1987 pro opakující se stavy dekompenzace psychastenické osobnosti, s výraznou neurotickou symptomatologií: anxieta, vegetativní labilita, v posledních 2 letech stále častěji se opakující enuresis nocturna.

V anamnestickém rozhovoru z psychologického vyšetření z téže hospitalizace zjištěno:

Základní rodina v pořádku, byl jedináček. Už v dětství, asi do 12 let, trpěl nočním pomočováním. Nikam se léčit nechodil, přestalo to samo. Nebyl nijak suverénní dítě, ve škole mu to moc nešlo. Po ukončení ZŠ šel do učení. Učil se v místě bydliště opravářem zemědělských strojů. Nemusel bydlit na internátě, vyhnul se tak stykům s kluky. Subjektivně hodnotí, že učení pro něho nebylo dobou problémů. S vrstevníky vycházel vždy slušně, problémy měl s děvčaty, hrozně se před nimi styděl.

V současnosti ženatý, mají 2 syny, 5 a 2 roky. Manželka má epilepsii s velkými záchvaty. Od doby, kdy to viděl, snaží se u ní předcházet nějakému rozčílení. Ona je celkově citlivější, léčí se na psychiatrii.

Pacient přestal chodit na noční směny kvůli potížím s pomočováním, které se zase objevily. S manželkou žijí běžný rodinný život, nikam moc nechodí, společně čas netráví, sex je v pořádku, ale manželka je spíš na ty povinnosti, práce ji baví.

Do domácnosti dochází skoro každý den jeho rozvedená matka a stále se jim do něčeho plete. Pacient se cítí jako ve dvojím ohni. V konfliktních situacích neví, zda dát za pravdu matce, nebo manželce, pak na matku často vyjede.

V rámci psychologického vyšetření, zaměřeného na osobnost, byly použity metody: explorace, observace, Rorschach, Raven, neurotický dotazník N5, diagnostický dotazník Woodworth-Mathewsová.

Souhrn použitých metod hovoří o pacientovi s intelektem v pásmu vyššího průměru, avšak vložene v teoretické rovině, v praktickém životě nepoužitelný. Chybí vztah k realitě, schopnost vnímání detailů. Důsledkem toho se pak jeví ve skutečnosti méně inteligentně, infantilně, fantazijně a ne mužně. Psychastenické rysy v osobnosti celý obraz ještě podtrhují. Je nejistý, potřebuje neustále podporu okolí, nedokáže se adekvátně bránit. Zjištěna slabá neurotizace, přecitlivělost, jiná patologie nezjištěna.

V rámci vytvoření představy, jak silným vlivem pro životní směřování jedince je jeho sociální okolí, zvláště pak komunikace a vzájemná interakce v blízkých vztazích, uvádím na tomto místě pro srovnání souhrnný závěr z psychologického vyšetření indikovaného v červnu r. 2003, tedy o 16 let později.

V anamnestickém rozhovoru přibývá informace o smrti matky. Komunikace s otcem problematická – ten žije ve společné domácnosti s pacientovou manželkou a jeho 2 syny. V rozhovoru pacient informuje o několika dalších nevydařených partnerských vztazích. Je podruhé rozveden a poslední volný partnerský vztah byl ukončen v průběhu minulé hospitalizace. Od roku 1989 z psychiatrické indikace v invalidním důchodu. Žije sám ve svém bytě. Oblast jeho zájmů se soustředí na literaturu, především z oblasti parapsychologie, hudbu a v poslední době se zajímá a využívá mobilní komunikační technologie. Mobilní telefon a internet pro něho znamenají významné spojení s vnějším světem, kde se jinak cítí osamělý.

V psychologickém vyšetření použity metody: kresby, Rorschach, neurotický dotazník N5, BDI-II, Raven.

Souhrn použitých metod vypovídá o tom, že se jedná o osobnost inteligentní. Proti minulosti, dle Ravena, vzestup dosaženého skóru do pásma vysokého průměru až nadprůměru, avšak vzhledem

ke struktuře osobnosti nemůže být intelekt plně využit. V osobnosti je jednoznačně patologická struktura, která dnes dosahuje už úrovně psychopatie. Osobnost je polymorfně patologická. Převažuje problematika vztahu k lidem, uzavírání se, introverze až vztahovačnost. Pacient díky tomu už žije ve vlastním světě, reality se bojí, je jí vzdálen, utíká se k fantazijnímu světu sci-fi a parapsychologii. Je málo racionální, emocionalita oploštělá. Vykazuje značnou nezralost až infantilitu. Z hlediska pracovního zatížení není pacient schopen pravidelného zaměstnání, jeho nestálost je velká, odolnost velice nízká.

Individuální terapie

První hospitalizace

První společné terapeutické sezení se uskutečnilo v polovině srpna 2005. V několika počátečních sezeních, potřebných k navázání vzájemného vztahu v terapeutickém procesu, byl pacient verbálně monotematicky zaměřen na aktuální fyzické potíže. Způsob života a chudé sociální vztahy v posledních mnoha letech poskytovaly jen málo záchytných bodů, které by umožňovaly vrátit se v časové ose zpět k prožití minulosti. Informace o ní byly útržkovité, chyběla časová posloupnost – nejčastěji odpovídal: to už je dávno, nepamatuji si...

V prvním sezení s hypnózou jsem se zaměřila na uvolňování subjektivně pocíťované tenze. Popisoval ji spíše jako somaticky nepříjemné pocity: sevření na hrudi, žaludeční nevolnosti. Sugescemi jsem ho vedla na vyvýšené místo – symbolika racionálního odstupu a nadhledu. Po tomto sezení v průběhu několika dní uváděl snížení úzkostného napětí a klidnější reaktivitu, v řádu měsíce celkové zklidnění emoční lability a méně časté noční pomočování. Později se objevila snová produkce, bez zřetelnějších obsahů, avšak jejími základními doprovázejícími pocity byly úzkost a strach. Jejich narůstající intenzita se postupně přenášela do prožívání v bdělém stavu.

Strach a úzkost k lidskému životu nevyhnutelně patří, protože primárně slouží k rozpoznání nebezpečí – tedy jako orientační reakce. Aktivace vyvolaná specifickým citovým vzrušením, např. strachem, vztekem, úzkostí, vede k přípravě organismu na větší fyzickou námahu. Tělesné funkce a jejich regulace jsou těsně propojeny s duševními pochody. Úzkost představuje jednu ze základních emocí, jejíž propojení s tělesným prožíváním zajišťuje rychlou a biologicky účinnou odpověď. Její uvědomování je osobnostně individuální. Od zdravě prožívané, vedoucí k aktivaci, přes panickou ataku až po vytěsnění do nevědomí. Její dynamická, energeticko-motivační síla však zůstává. Patologické prožívání úzkosti oslabuje dosažené kompetence osobnosti. Lze říci, že hledání nových způsobů jednání v zátěžových situacích je emočně zablokováno. U pacienta

byla blokáce patologická natolik, že ve svých fyziologických projevech zregredoval a fixoval se v genitální fázi – enuresis nocturna.

V procesu PT se postupně dostáváme k dosaženému pocitu bezpečí a důvěry v primární rodině, který vývojově formuje další osobnostní charakteristiky. V osvojování a přijetí kulturních, rodových a společenských vzorů chování hraje pocit ohrožení významnou roli. Úzkost a strach jsou součástí komplexní emoční zkušenosti, se kterou se dítě učí zacházet. Jedině tak může postupně rozvíjet svoje schopnosti a osvojovat si samostatnější jednání. Je velmi důležité, aby prostor pro průběh jednotlivých fází procesu separace-individuace byl dostatečně bezpečný. Tento prožitek významně ovlivňuje, svými emočními reakcemi na stále samostatnější jednání dítěte, matka. Pro pacienta byla tato zažitá zkušenost v introspekci minulosti slepým místem. Náboj vytvořené a aktuálně prožívané úzkosti byl natolik silný, že znemožňoval vybavit si jakýkoliv zážitek spojený s obdobím dětství. Hypoteticky jsem tedy vycházela z obecně platného konstruktů oidipského trianglu. Kompetence jeho řešení vyžaduje, aby byl dokončen proces separace-individuace, který probíhá v raných fázích vývoje. Pro povzbuzení vytěsněných, avšak pro rekonstrukci osobnosti mimořádně důležitých vzpomínek jsem aplikovala druhou hypnózu. Použila jsem imaginaci moře s bezpečnou vzduchovou bublinou, ve které se potápí pod hladinu. Ve vlastní projekci se do vody neponořil. Vnímál ji jako otrávenou a životu nebezpečnou. Přitom se zvýraznila jeho úzkost, která ho v menší či větší míře doprovázela celý život. V dalších sezeních v bdělém stavu jsme problematiku úzkosti zpracovávali zejména se zřetelem k jeho dětským zážitkům agresivního chování otce vůči němu. Vzpomínky se vynořovaly neprovázaně. Řazení logických souvislostí a zpracovávání vzpomínek bylo náplní několika našich dalších psychotherapeutických sezení. Všimla jsem si, že vytěsněné a znovu vyvolané obsahy jsou obsazeny přibližně stejnou kvalitou verbálně sdělovaného pocitu.

Postupně se formoval pacientův bazální intrapsychický konflikt, který nastavil podmínky k psychopatologickému zpracovávání úzkosti. K úplnému zviditelnění a racionálnímu uvědomění došlo těsně před dimisí. Bylo to možné teprve po odkrytí a rekonstrukci více naléhavých zdrojů úzkostných pocitů.

V hypnóze povzbuzená, prožitá a poté verbálně zpracovaná existenční úzkost umožnila pacientovi uvědomit si prožívaný vztahový rámec s oběma rodiči. Celoživotně, ale i aktuálně vnímá intrusivní matku jako bezpečnějšího rodiče. V introspekci období dětství se ukazuje, že výchovné přístupy rodičů vnímál výrazně ambivalentně. Charakterizuje je jako výchovu „cukru a biče“. Matka až hyperprotektivní,

otcem za každou maličkost velmi krutě fyzicky trestán. Byl uzavřený dítě. Většinou pak unikl do světa svých fantazií. Ve srovnání se svými vrstevníky se cítil jiný, odlišný. Často zažíval zklamání ze situací, kterým důvěřoval a nepochyboval o nich. Vybavuje se mu např. situace, kdy půjčil kamarádovi vláček. Ten vrátil hračku poškozenou, ale on to byl, kdo byl za to otcem surově potrestán. Objevuje se bohatá snová práce s prožíváním odpovídajících pocitů. Sny mají symbolickou souvislost s reálnými a potlačenými pocity v minulosti: zlost, šikana na pracovišti, stud ze své dětské reakce enurézou, epileptické záchvaty manželky. V jeho vědomí vznikl náhled, že jeho současný stav může souviset s r. 1985, kdy byly jednak vztahy s otcem výrazně konfliktní, ale i jinak byl hodně psychicky zatížen. Do rodiny se narodilo druhé dítě a v této době absolvoval vojenské cvičení. Po návratu byl na pracovišti přeřazován na kvalifikačně stále nižší pracovní úroveň. V roce 1989 mu byl přiřazen částečný ID, později plný a jeho potíže s enuresis nocturna se v tomto období rozvinuly naplno.

Poté se objevuje série snů, v nichž hraje důležitou úlohu ženská figura. Sny mají vzájemnou souvislost, prožívá v nich ohrožení. Ve snové pointě se bez výjimky prožívá jako ten druhý, jako outsider. Na fyzické úrovni se objevují nespecifikované a silící bolesti břicha, také zhoršení enurézy.

K možnému propojení uváděné symptomatologie s psychickými obsahy volím řízenou imaginaci, tematicky zaměřenou na prohlídku vnějšího a vnitřního těla. Subjektivně k tomu ex post uvádí výrazné uvolnění z „dovolení sám sobě“ prohlédnout si vlastní tělo. Bylo pozoruhodné, že při projekci močového ústrojí prožíval štitivost, kterou překonal.

O několik dnů později tematizují PT rozhovory k blízkému vztahovému rámci: otec, bývalá manželka, synové. S nikým z nich se nestýká. Jeho otec žije dosud ve společné domácnosti s bývalou manželkou a syny. Vychází najevo, že důvodem k rozvodu byl pacientův intimní vztah s jinou ženou. Důvodem k tomu byla, dle pacientova sdělení, obava z fyzického kontaktu s manželkou. Tato situace u ní vyvolávala epileptické záchvaty.

Třetí hypnóza byla cíleně vedena k životní situaci po rozvodu prvního manželství, kdy otec zaujal místo v domácnosti vedle jeho bývalé manželky a stal se i vychovatelem jeho dvou synů. On sám se nastěhoval k matce. V hypnóze jsem navodila pacientem skutečně prožitou situaci v kontaktu s otcem. Po jejím vyvolání ji vnímál i aktuálně jako nepříjemnou až nepřátelskou. V minulosti z ní bez jakéhokoliv projevu odporu odešel. Imaginovaná rozmluva s otcem uvolnila potlačené pocity a emoce formou pravdivého verbálního vyjádření ve vulgarizmech. V situaci této hypnózy jsem získala z hlediska hypnotherapeuta cennou zkušenost pro

další práci se změněnými stavy vědomí. Odkrytý mechanismus racionálních obran, držících ve vědomém stavu subjektivně prožívanou afektivní agresivitu, může uvolnit potlačovaný afekt v několika psychických vrstvách najednou. Po vyčerpání náboje hněvu vůči otci se uvolnily i jiné neprožívané obsahy, obsazené stejným nebo podobným afektivním jednáním. V umožněném a podporovaném prožitku spontánně přešel k dalšímu zdroji svých úzkostných stavů. To, že aktuálním objektem afektivity je žena, jsem rozpoznala ze změny používaných vulgarizmů a náznaků bojovného postavení vůči mně. Pravděpodobně došlo k abreakci i ve vztahu s ženskou figurou. Stupňující se hněv se mi podařilo soustředit do zničení několika přípravných silnějších časopisů.

V uzavírajícím rozhovoru si vybavil několik konkrétních situací, kdy mu docházelo, jaké postavení zaujal otec v jeho bývalé rodině. Postupně na sebe přebíral jeho mužskou partnerskou odpovědnost. Celá situace nakonec vyústila krizí pacientova matrimonia a jeho víceméně nedobrovolnou hospitalizací v psychiatrické léčebně. V hypnóze odžity, skutečně projevený a verbalizovaný afekt mu přinesl úlevu, uvolnění napětí a propojení zážitků z vlastní minulosti jako zařazenou vědomost. Aktuálně se cítí vykořeněný, osamělý a opuštěný.

V následujících dvou týdnech se vynořovaly další, zřejmě subjektivně důležité, okamžiky, situace a rozhovory. Charakterizuje svůj psychický stav jako prázdno.

V PT procesu jsme dospěli k životnímu období, kdy uzavřel druhé manželství s vdovou se třemi dospívajícími dětmi, které však po třech letech trvání rovněž skončilo rozvodem. Z hlediska PT procesu bylo důležité tuto životní zkušenost ukončit a zařadit ji jako zpracovanou vzpomínku. Verbální vyjadřování, natožpak komunikace o této problematice byla nemožná.

Ve čtvrté hypnóze jsem se tedy pokusila vyvolat jakoukoliv ohrožující situaci z tohoto partnerského vztahu. Vybavil si situaci, kdy ho manželka během partnerských hádek ponižovala poukazováním na jeho údajnou sexuální potenci. Dělo se tak nejen v soukromí, ale i před cizími lidmi. V tomto vztahu pravděpodobně navázaly žité, ale potlačované pocity psychického a fyzického týrání na podobně založené pocity v primární rodině s otcem.

V hypnóze došlo k emočnímu odreagování objevené situace s agresivními výroky na adresu této bývalé manželky. V rozhovoru po hypnóze, kdy jsme ohrožující situaci zpracovávali, se rozhovořil i o konfliktové situaci s nevlastní dcerou, která na něj pravděpodobně žárlila a chtěla mít matku jen pro sebe. V průběhu následujících dnů se střídaly stavy klidu se stavy skleslosti a potíže s enurézou se objevovaly

střídat. Zmiňoval se také o potřebě odreagování traumatických zážitků s otcem.

Z hlediska probíhajícího psychotherapeutického procesu bylo zřejmé, že v pocitové a emocionální oblasti dochází ke změnám. Pacient si dovoluje prožívat a verbalizovat vlastní nelibost a projevovat negativní reakci na ni. V souvislosti s tím se otevírají širší souvislosti a pohledy na situace, které byly dosud subjektivně prožívány jako nevládnuté. Zde aplikuji páťou hypnózu s cílem pacientovy abreakce a katarze při řešení oidipského komplexu. Navodila jsem situaci z dětství, kdy ho otec nespravedlivě trestal. Pacient začal projevovat silný afekt hněvu, který jsem mu v hypnóze umožnila pohybově odreagovat tím, že jsem mu nabídla židli vyřazenou z inventáře. V afektu ji zničil, přičemž otcí hrubě nadával. Po této hypnóze se mu zřetelně ulevilo. V dalších dnech uváděl výrazné zlepšení nálady a frekvence nočního pomočování se snížila. Pacienta jsme již připravovali na propuštění.

Krátce před dimisí došlo ještě k překvapivému výkyvu jeho zjevu a chování. Přišel k rozhovoru značně neupravený a uvedl, že tím vyjadřuje zlost na celý svět a zejména na ženy, které ho nechtějí. O dva dny později byl však opět upravený a žádal o opakování hypnózy s řízeným vybitím afektu. Probíráme jeho neúspěchy ve vztazích s ženami a jeho představy o možném budoucím vztahu. Rozhovor jsem tematicky vedla k ženské figurě a procesu separace-individuace. Vyšlo najevo, že matka, sama nezralá, neposkytovala potřebný bezpečný prostor pro individuaci. Pacient si vzpomněl na situaci, kdy ho otec trestal tím, že byl posazen na skříň. Musel tam setrvat několik hodin bez jakéhokoliv citového projevu. Přál si, aby ho před panickými úzkostmi ochránila matka. Ta však byla k celé situaci nevěstímavá. Později formuluje představu své ideální ženy – partnerky. Měla by to být „mateřská“ žena, která se o něho bude starat a pečovat. V PT procesu hovoříme o jeho selhávání ve vztazích se ženami. Cílem je vytvoření dospělejší představy partnerského vztahu. Šestá hypnóza byla podle jeho přání věnována odreagování zbylé agrese. Abreakce byla tentokrát již mírnější. Brzy se zklidnil a zbytky původně rozbité židle uklidil a shrnul na hromadu.

Krátce nato se loučíme dohodou o možnosti ambulantních návštěv. Z PL byl propuštěn v březnu 2006. Diagnostický závěr je kompenzovaná smíšená porucha osobnosti, enuresis nocturna upravena.

Ambulantně jsme se setkali za půl roku, kdy zlepšení stále trvá. Poté se uskutečnilo ještě několik krátkých podpůrných telefonických rozhovorů, zhoršení stavu enurézy nezmiňuje. Tato hospitalizace umožnila pacientovi 1,5 roku ověřovat si v PT procesu dosažené kompetence.

Druhá hospitalizace

Opět jsme se setkali v září 2007, kdy přišel dekompenzovaný, neschopný řešit své problémy, měl potíže s osamocněním, výkyvy ve forii až depresi lehkého rázu. Somatizace psychických potíží vedla do enurézy a hypertenze. Dysforie po týdenní adaptaci na oddělení odezněla. Ke mně přišel s požadavkem na opakování řízeného vybití emočního afektu.

V pohovoru, otevírajícím PT vztah, hovořil v rámci sdělovaných životopisných informací také o intenzitě prožívané samoty, opuštěnosti a vykořenění. Chyběla mu partnerka.

V prvním hypnotickém sezení jsem aplikovala hypnózu s vyvedením do nadhledu. Teprve ve změněném stavu vědomí bylo možné se rozhovorem přiblížit a cíleně zaměřit povzbuzování k emočnímu prožitku. Pacientovo dysforické prožívání a subjektivní rozlady pravděpodobně podporovala vzpomínková zvuková stopa při zaslechnutí dětského pláče z vedlejšího bytu. Míval u toho pocity až afektivního vzteku na rodiče plačících dětí. Představoval si, že se o své děti nestarají nebo je fyzicky týrají. Rozhovorem obnovený emoční afekt jsem povzbuzovala. Došlo k vybití jeho verbální složky i k destruktivní akci, která byla soustředěna do zničení vyřazeného inventáře. Následovala bohatá snová produkce a tuto noc absence enurézy.

V PT procesu jsme opět otevřeli téma oidipského triangu. Tentokrát více s ohledem na jeho postoje k ženám. K tématu měl dospělejší přístup. Chtěl by partnerku, která má „duši“. Pečovat o sebe, tzn. vařit a udržet sebe a být v čistotě, to se už naučil. Přes tuto zvládnutou kompetenci jsme se dostali k možné příčině jeho neúspěchu vztahovosti se ženami. Postupně jsme dotvářeli dospělejší náhled v nárocích na budoucí partnerku.

Druhá hypnóza v rámci této hospitalizace byla podle jeho přání věnována na odreagování zbylé agrese. V bdělém stavu nebylo opět možné specifikovat oblast potlačovaného intrapsychického konfliktu. Po navození změněného stavu vědomí v terapeutickém rozhovoru nachází sám k rozpracování aktuální situace v celoživotně komplikovaném vztahu s otcem. Z rozhovoru vyplývá, že konflikt se nyní odehrává v úrovni střetu rozhořčením na otce a autoakuzace. V konečném důsledku je v akci odžíván afektivní projev spíše už jen formálním doprovodem k verbálnímu projevu. Pacient vyjadřoval zklamání z rozporu představy ideální rodičovské autority a ve skutečnosti žitého vztahu s otcem. Zároveň si uvědomoval, že otec je už starý. Možná potřebuje pomoc. Říká: Snad mu synové pomohou. Podporuji jeho domněnku.

Byl propuštěn s diagnostickým závěrem kompenzovaná porucha osobnosti. Enuresis nocturna při propuštění upravena.

Tento muž dospívá déle, než je obecně společenskými měřítky určeno. Mnohočetná patologie v základu osobnosti determinovala jeho geneticky dané předpoklady, např. z hlediska rozvinutí inteligentních předpokladů.

Pacient se v prosinci loňského roku opět oženil. Dle dostupných informací přistupuje k této své ženě zraleji. V předcházejících partnerských vztazích se cítil a jednal jako dítě s dospělou mužskou sexuální potřebou. Prognóza dalšího vývoje je i nadále nejistá, zatím se cítí v uzavřeném svazku spokojen.

Závěr

Osobnostní vývoj se děje ve složitých souvislostech biopsychosociálních vlivů. Úzkost i strach jsou důležité psychosociální a psychosomatické dispozice, které se podílejí na přizpůsobení vnějším podmínkám tím, že umožňují rozpoznat ohrožující

situace a mobilizovat prostředky strategií ochrany před nebezpečím. Absence naplnění základní lidské potřeby zažít jistotu a bezpečí, kterou zprostředkovává v počátečních fázích vývoje matka, pak způsobuje prožívání existenční úzkosti v tomto prvním nejvýznamnějším sociálním vztahu. Dítě, později biologicky dospělý člověk prožívá totéž v dalších sociálně důležitých kontaktech.

Osobnostní vývoj pacienta probíhal v mimořádně nepříznivých podmínkách problematického partnerského vztahu rodičů. Citové strádání v raném dětství nastavilo podmínky k budoucí sociální izolaci zároveň s neschopností navázat uspokojivé vztahy s druhými lidmi. Terapeutická práce s tímto pacientem by byla bez využití hypnózy velmi komplikovaná, neboť v rámci používaných osobnostních obran dominovalo vytěsnění. Primární zdroje prožívané úzkosti – nedosažený základní pocit bezpečí a nedo-

končený proces separace-individuace – byly uloženy v hlubokých vrstvách nevědomí.

Přínos využití změněných stavů vědomí v rámci rekonstrukce osobnosti vidím v tom, že hypnóza může uvolnit několik nevědomých psychických vrstev najednou. Vodítkem ke znovuoživení vytěsněných zážitků je stejný energeticko-motivační náboj, který obsahuje zážitkové stopy, uložené v různě hlubokých vrstvách nevědomí. K mé dosavadní zkušenosti práce s hypnózou v PT procesu mohu sdělit, že změněné stavy vědomí významně ovlivňují a zefektivňují možnosti individuální terapie.

Mgr. Blanka Doležalová

Psychiatrická léčebna Kosmonosy
Lázeňská 515, 289 12 Sadská
e-mail: blandol@seznam.cz

Stanislav Kratochvíl SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

3. doplněné a aktualizované vydání

Praha, Grada 2008, 391 stran, 429 Kč

V době, která klade důraz na výkon a rychlost, vychází 3. doplněné a aktualizované vydání monografie a učebnice Sexuální dysfunkce. Autor, veřejnosti známý a odborně uznávaný psychoterapeut a sexuolog prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., fundovaně spojuje všechny aspekty diagnostiky a léčby sexuálních dysfunkcí.

Publikace je cenná zejména proto, že nejen u nás, ale i celosvětově probíhá diskuze o terapii sexuálních dysfunkcí, která byla od 90. let minulého století s nástupem „modré pilulky“ zaměřena hlavně na farmakologickou léčbu a prováděli ji především urologové bez psychoterapeutického vzdělání. Účinná farmakoterapie je samozřejmě pro tyto pacienty velkým dobrodiním, ale sexuální dysfunkce nelze redukovat jen na správně fungující pohlavní orgány.

Tuto zdánlivou samozřejmost autor dovedně zakomponoval do své knihy, takže v ní najdeme vyvážený přístup k problematice. Velmi erudovaně je zpracován přehled biologických prostředků léčby. Samozřejmě nechybí důkladné zaměření na psychoterapeutické metody a rozbor emočních a vztahových aspektů sexuálních dysfunkcí. Prof. Kratochvíl vychází ze své více než čtyřicetileté zkušenosti z klinické praxe i výzkumné činnosti. Zvláštní pozornost věnuje sexuálnímu nácviku partnerské dvojice, uvádí zkušenost z této terapie u 200 párů.

Kniha je, jak je to u autora obvyklé, velmi čtivá a budí dojem, že je psána s určitou lehkostí, což jí ale neubírá na odbornosti. Velmi podnětné jsou i ilustrující příběhy z praxe, které ne vždy mají úspěšný konec. To uvítá každý terapeut, protože si může přecíst, že i tak uznávaný a erudovaný profesor může někdy mít jen dílčí úspěch v terapii.

Nevyzvednout skutečnost, že je věnována stejná pozornost i sexuálním dysfunkcím žen, by bylo hrubým opomenutím. Léčba ženských sexuálních dysfunkcí je mnohem náročnější a je k dispozici méně terapeutických prostředků. Autor s přehledem zpracoval všechny nové dostupné poznatky, čímž publikaci doplnil ve srovnání s předchozím vydáním.

Je také nutné patřičně ocenit, že v bohatém množství uvedených zdrojů nechybí čeští autoři, což u řady jiných autorů nebývá zvykem.

Publikace je určena především lékařům a psychologům, kteří se zabývají léčbou sexuálních dysfunkcí, v jejich knihovně by rozhodně neměla chybět. Přínosem je i pro studenty příslušných oborů a jistě bude zájmat i vzdělané laiky. Zaujme také jedince trpící sexuální dysfunkcí – často ve své praxi potkávám klienty, kteří jsou s dřívějším vydáním seznámeni a s osobním zaujetím popsanou problematiku konzultují.

Závěrem chci projevit radost, že mi redakce nakladatelství tuto knížku poslala k recenzi, a umožnila mi tak seznámit se s novými ucelenými poznatky daného tématu i referovat o něm našim odborníkům. Ukazuje se, že ani vítězný nástup inhibitorů fosfodiesterázy typu E5 pro mužské poruchy erekce nepostavil psychoterapeuticky nácvikově zaměřenou sexuální terapii na vedlejší kolej. Rozsáhlé a důkladně zpracované poznatky autora v jeho publikaci podstatnou měrou souzní i se zkušenostmi našich sexuologů a jsou velmi inspirativní. Všem odborníkům četbu vřele doporučuji.

prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

