

SCHIZOFRENIE Z PSYCHODYNAMICKÉHO A OSOBNOSTNĚ STRUKTURÁLNÍHO HLEDISKA

souborný článek

Jan Poněšický

Median Klinik, Psychosomatische
Abteilung Berggiesshübel,
Spolková republika Německo

Kontaktní adresa:

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.
Bahraweg 2
01816 Bad Gottleuba
Německo
e-mail: ponesicky@aol.com

SOUHRN

Poněšický J. Schizofrenie z psychodynamického a osobnostně strukturálního hlediska

Na rozdíl od nyní převažujícího názoru, že jádrovou poruchou u schizofrenie je kognitivní dysfunkce, vyzdvihuje autor tohoto příspěvku osobnostní deficit sebeohraničení vůči svému okolí, resp. fúzi sebereprezentace s reprezentací objektů zevního světa (pod tíhou neřešitelného bazálního konfliktu), ve kterém tudíž pacient svoje sebevědomí a identitu ztrácí. Kognice, resp. myšlení coby zkušební jednání ve vztahu k okolí, tudíž ztrácí reálný smysl, jeho samoučelnost vede k jeho rozpadu. Ztrátou zevního světa chybějí reálné zpětné vazby, jež by potvrdily bytí, koherenci osobnosti. Tato fúze vnitřku a vnějšku je nejen výrazem neschopnosti se adaptovat danému prostředí, nýbrž i obranou – zevní svět přestal ve své realnosti a nesrozumitelnosti existovat. Předložená teze dobře vysvětluje i ostatní symptomy schizofrenie a nastiňuje možnosti psycho- a socioterapie v kombinaci s psychofarmaky.

Klíčová slova: schizofrenie, obrana, úzkost, desymbolizace, neurobiologie, psychopatologie, terapie.

SUMMARY

Poněšický J. Schizophrenia from the psychodynamic and structural point of view

In contrary to the currently prevailing opinion, that the core disruption in schizophrenia is based on cognitive dysfunction, the author of this paper emphasizes personal deficit in a so called “self-bordering” of a person towards her/his environment, in other words a kind of “fusion” of one’s self-presentation with representation of objects of her/his outer world (under the burden of unsolvable basal conflict), where the patient possibly loose his/her self-awareness or identity. Cognition or thinking as a tentative way of acting towards one’s environment in such conditions means loose of its meaning, its self-purposive character lead to its decay. Loose of the external world means to miss real feedback, which would confirm one’s being and the coherency of one’s personality. This kind of “fusion” of the inner and outer world is not just the sign of not being able to adapt to the particular environment, but a kind of defense as well – the outer world stopped to exist as real in connection with its non-understandability. The proposed study explains well also the other symptoms of schizophrenia and proposes the possibilities for psycho- and socio-therapy in combination with psycho-pharmacotherapy.

Key words: schizophrenia, defense, anxiety, desymbolisation, neurobiology, psychopathology, therapy.

ÚVOD

Úvodem psychopatologického pojetí schizofrenie následuje krátké shrnutí na pozadí srovnání s neurozami.¹²

Neurotik vytěsní nepřijatelnou část sebe do nevědomí, která je v konfliktu s jeho vědomým a akceptovaným sebe-pojetím, čímž se vyhne i interpersonálním konfliktům, to znamená, že část svých možností nežije.

Jde o autoplastické přizpůsobení se původnímu záka-zu určitého chování, impulzy k němu se spojily s úzkostí z odmítnutí a tím ze ztráty kontaktu, či se zkušenostmi studu nebo viny, proto jsou vytěsněny, aby nenarušovaly vztahy i vlastní subjektivní homeostázu (tu ohrožuje obsah nevědomí, což má být v psychodynamické terapii zvě-doměno a integrováno do vědomí).

Psychotik se snaží naopak – již v předpolí – negovat pro něj neúnosnou realitu (jež je pro něj ohrožující).

Zároveň to lze označit za extrémně autoplastický i allo-plastický způsob maladaptace, kdy neúnosná realita rozkládá osobnost, jež jí podlehne, a zároveň je tato realita změněna a přizpůsobena vnitřnímu světu psychotika, lze hovořit o totální projekci se zrušením hranic mezi já a ty.

C. G. Jung⁷ píše: „Sílenství vyplývá z kombinace všemoci a bezmoci, které nenachází možnost se projevit v reálném světě.“

ETIOPATOGENEZE

Psychodynamická perspektiva

Psychogenní příčina schizofrenie vězí v subjektivní nepochopitelnosti a neřešitelnosti nároků reality, a tudíž dočasné neschopnosti ji přijmout a zpracovat.

Mentzos¹⁰ zdůrazňuje z psychodynamického hlediska nevyřešený, resp. neřešitelný konflikt (druhou stranou mince je deficit integrační a syntetické jáské funkce) mezi dvěma bazálními potřebami (vitálními motivacemi): vztahovou jistotou a individuací. Jde o nemožnost separace-individuace, jež znamená pro schizofrenika ztrátu vztahu a naopak vztah je vnímán jako naprosté přizpůsobení se druhému, fúze s ním, tudíž ztráta svobody, své osobnosti, což znemožňuje, vylučuje individuaci. A tak mívá intenzivní, např. milostný vztah za následek úzkost ze ztráty vlastního (slabého) „já“, což se často stává vyvolávající situací rozvoje schizofrenního procesu. Intenzivní (a nebezpečné) přání po symbiotickém vztahu je stejně silné jako úzkost z něho, vyúsťující do abruptního agresivního odmítnutí.

Zde je dlužno poznamenat, že tento basální konflikt¹ mezi bezpečným kontaktem a růstem (již před narozením – Hüther), mezi spolehlivou vazbou a separací,^{2,3} mezi jistotou a dobrodružstvím¹⁰ či mezi závislostí a autonomií (u depresí)⁵ hraje důležitou roli v psychopatologii obecně. Typické rozdíly existují ve vyvolávajících situacích a v (ne)řešení tohoto dilematu.

Tak to řeší neurotici, jak již v úvodu naznačeno, poslušností a přizpůsobením se na úkor autonomie, jež se však projevuje zastřeně či ve formě neurotických příznaků, pacienti s hraniční poruchou osobnosti s traumatickými zkušenostmi násilí, žijí pouze s násilnou představou

prosazení se i kontaktu, což nedovoluje emoční blízkost, a u schizofrenie vyvolává nesrozumitelnost světa kapitulaci, emocionální i kognitivní stažení se ze světa, vedoucí k prázdnotě, neexistenci.

Vyvolávajícími situacemi jsou zátěžové, neboť nesrozumitelné, subjektivně nezvladatelné životní situace např. rychlý vývoj v pubertě bez přípravy na dospělou realitu, tím i větší odpovědnost za své činy nežli v dětství, za vedení svého života, nutnost sebeobživy, vyrovnávání se s očekáváním okolí, přechod od romantické platonické lásky k sexualitě a partnerství, konfrontace s mezilidskou realitou, egoismem a agresivitou a tím i krize identity („já“) v adolescenci.

Strukturální perspektiva

Druhá strana mince, jež ztěžuje až znemožňuje zpracování a zvládnutí těchto situací je slabé či oslabené já (strukturální porucha – deficit – v oblasti já-self). Zde může etiopatogeneticky jít o organickou příčinu (např. schizofrenie na oligofrenní basi), o biochemickou poruchu, vyvolanou i psychogenně či vlivem drog (vyčerpání dopaminu), a samozřejmě o oslabené já vlivem formujících zkušeností, např. nedostatkem výzev s jejich úspěšným zvládnutím, jež by „já“ posílily, nejlépe za podpory rodičů.

Neblahý a často citovaný je double bind, když je např. dítě zároveň vyzváno něco udělat spolu s poznámkou „stejně to zkazíš“, obecně je-li očekávána individuace a zároveň zabraňována separace. Ještě zřetelněji to vynikne v situaci, když např. matka žijící se synem jej kritizuje, že se neumí prosadit a přitom jej emočně na sebe váže, event.. zneužívá coby náhražku partnera.

Neurobiologové¹³ poukazují na deficitní jáskou schopnost emocionálního posuzování vlastního jednání, což je důležité k rozhodování, k přežití (řídít se tím, co anticipujeme jako dobré, příjemné, bezpečné, bolestivé atd.), jde o poruchu funkce mezokortikolimbického vyhodnocovacího systému. To co je pro „normálního“ jedince důležité je schizofrenikem zcela opomíjeno. Z neuropsychologického hlediska je možno uvažovat o vrozenou či získanou připravenost k otevřenosti (činností zrcadlových neuronů), k přijímání a vnitřní simulaci intencí protějšku ve vztazích, což zatěžuje kapacitu jáského zpracování („trpění bídou světa“).

Neurobiolog A. Damasio,⁴ jakož i psychoanalytikové A. Green či M. Leuzinger-Bohleber⁹ zdůrazňují schopnost našeho mozku reprezentovat sebe sama i svět okolo nás a diskutují patologické stavy desobjektivizace, resp. desymbolizace včetně ztráty reprezentace vlastního já-self, unrepresented states s pocitu prázdnoty, ale i vnitřního napětí a cizoty ve vztazích. V extrémní formě by to mohlo platit i u schizofrenie: Ztráta symbolizace, tj. i významovosti okolního světa i srozumitelnosti sebe sama vede ke ztracenosti ve světě i extrémní bezbrannosti, ztrátě smysluplné komunikace, hodnotového posuzování vlastního jednání i odpovědnosti za ně.

Následek těchto vyvolávajících situací a křehkého „já“ si lze představit jako průnik reality do osobnosti bez předchozí možnosti vjemy zpracovat či na ně reagovat, jako rozbití hranic mezi vnějším a vnitřním. Dojde ke vzdání se udržování energetického rozdílu mezi vnějším

a vnitřkem, udržování stálosti vnitřního prostředí, homeostázy na intrapsychické úrovni (dediferenciace) i na interpersonální a sociální rovině.

SYMPTOMATOLOGIE

Zároveň je možno chápat tyto procesy jako obranu proti výše uvedené neřešitelnosti konfliktu, a tím proti subjektivně vnímané neúnosné realitě fúzí vnějšku a vnitřku, čímž toto rozdělení zmizí, osobnost i vnější zatěžující realita přestane (ve své konfrontační pozici i významovosti) existovat. Tato fúze může mít za následek nejen úzkostný, nýbrž i extatický a megalomaničtý zážitek, spojení s kosmem, jak o tom uvažuje i Stanislav Grof.⁶

Ovšem většinou převažuje „psychotická úzkost“ v důsledku ztráty vlastního já (na niž již před mnoha lety upozornil Mysliveček). To vede ke stavu ztracenosti v realitě a k postupné desintegraci osobnosti, které chybějí sebepotvrzující zpětné vazby (podněty), ke ztrátě vlastní kontinuity a časovosti (autobiografického, symbolizovaného self dle Damasia⁴). „Já“ se rozpadá, mimika je prázdná, neboť ztratila svůj komunikativní význam, a i svět je prázdný (kterému bylo odejmuto libido) resp. zaplňovaný vlastními projekcemi, fantasiemi o zániku světa apod. (Mentzos¹⁰ a též Kocábová⁸ poukazují na zajímavý fakt, že mnozí schizofrenici pendlují mezi dvěma světy, resp. mezi dvěma účetnictvími: během emocionálního prožívání jejich intimně-osobní problematiky jsou psychotičtí a vzápětí se může jejich smysl pro realitu vrátit.)

Myšlení coby rozpoznávání a plánování jednání k uskutečňování potřeb v realitě, jehož podmínkou je oddělení reprezentace subjektu od objektu, se rozpadá, resp. stává prelogické.

Dochází ke ztrátě nadvlády „já“ nad managementem vlastního života, ke ztrátě kontroly a sebekontroly i sebestrukturace a sebeřízení se stává schizofrenik objektem objektů (viz výše) se symptomy imitace, echolalie a echopraxie.

I ostatní jáské funkce se dále oslabují či jsou nefunkční: introspekce a sebeexplorace, schopnost psychické obrany a regulace, smysl pro realitu, reálné vnímání a posuzování objektů i vztahů, schopnost komunikace a vytváření trvalých vztahů, učení.

Z uvedeného vyplývá i snaha po restituci působením homeostatické tendence: halucinace coby výraz potřeby kontaktu.

Blud pronásledování je kompromisem mezi přáním po kontaktu a úzkostí z ohrožení okolím, obě zosobňuje představa pronásledovatele.

Vůbec jde i o boj proti fragmentaci vlastní osobnosti i proti ztrátě reality vytvářením bludného světa a nové vlastní identity.

Křečovitě pokusy opět cítit svoji osobu sebestimulací, bolestmi.

TERAPIE

Pro terapii z toho vyplývá nutnost posilování systému „já-self“ (oproti jeho analýze u neuróz), zejména schop-

nosti dialogu já – ty s nabídnutím jednoznačné komunikace, opravdového zájmu a konstantního objektu, jenž poskytuje důvěru a předpověditelnost ve vztahu.

Na druhé straně není vhodné nastolovat příliš intenzivní vztah, jenž zúskostňuje, je třeba postupně dávat pacientovi najevo, že já jsem někdo, jenž má odlišné prožívání, což neznamena, že jsem mu cizí, či dokonce nepřitelem. Je třeba se nenechat ovlivňovat projektivní identifikací, tj. udržovat svůj vlastní postoj spojený s empatií.

A tak je hlavním úkolem i těžkostí terapeuta pohybovat se na hranici mezi blízkostí (z důvodu přání i strachu ze splynutí u schizofrenika) a distancí (tendence pacienta se distancovat a zároveň strach z opuštění).

Mnohokrát bylo prokázáno, že psychoterapie, jež poskytuje pacientovi ochranný mateřský štít (poskytuje důvěru a podporu, zprostředkovává, moduluje, jaksi „filtruje“ vzruchy z okolí tak, aby je mohl pacient zpracovat), vede k možnosti snížení dávek medikamentů (jež mají podobnou funkci na neuronální úrovni). Proto je vhodnější „mateřský“ než konfrontační „otcovský“ přístup.

Terapeutický proces je možno též chápat jako znovunastolení subjektu i objektů, jejich reprezentace a symbolizace vlastního těla, emocí i celé osobnosti, včetně příslušných vztahů. Jde o znovuvýstavbu reálného – lidského – světa i vlastního postavení v něm.

Z uvedeného vyplývá indikace pro socioterapii (sociální psychiatrie), pro zlepšování jáských kompetencí v sociální realitě.

DISKUSE A ZÁVĚR

Předložený koncept psychodynamického chápání schizofrenie vychází z kombinace vnitřních i zevních příčin jejího vzniku. Autor zdůrazňuje neschopnost zvládnání subjektivně nesrozumitelné reality, což řeší pacient její negací. Lze tudíž přece jen vidět v popředí schizofrenní poruchy kognitivní dysfunkci?

Domnívám se, že se daleko spíše jedná o celkovou poruchu, ba neschopnost přispůsobení.

Spolu s Uexküllem¹⁶ lze charakterizovat člověka (a vůbec živé bytosti) tím, že hledá pro svou osobnost vhodné prostředí, kongruenci (Sandler¹⁴ hovoří o vjemové identitě). Je-li pro dané individuum, jeho individuální potřeby a zaměření nevhodné, či dokonce ohrožující, má dvě možnosti: přizpůsobit se změnou sebe sama, či přizpůsobit realitu sobě, tím posledním – ve své jednostrannosti – se vyznačují těžké poruchy osobnosti.

Avšak co je pro budoucího schizofrenika neúnosná realita? On není schopen řešit bazální lidský problém, zvl. je-li vyostřen: na jedné straně úzkost ze ztráty kontaktu (frustrace potřeby jistoty a spolehlivosti ve vztahu), a na druhé straně úzkost z příliš těsného vztahu a tím ze ztráty sebeohrazení, identity a autonomie.

Schizofrenik se ve své bezmocnosti v realitě snaží manipulovat ve své mysli realitu tak, aby byl zajištěn bezpečný, avšak nikoli příliš těsný vztah.

Aby se tak stalo, musel by ovšem protějšek ve skutečnosti vždy citlivě odhadnout, jaká rovnováha mezi blízkostí a distancí je pro něj právě únosná. Navíc, v zajetí této oboustranné úzkosti není sám schopen aktivně

regulovat nastavení ve vztahu a dosáhnout rezonance, vyladění, což jeho okolí ihned vycítí (praecox Gefühl). A tak se stává chování okolí nesrozumitelné i z tohoto důvodu. Výsledné napětí, resp. emocionální stres je řešen fúzí vnitřního a zevního světa, což je velmi drastické řešení: schizofrenik obětuje sebe i svět, ztrácí obě ve spěchu neexistence.

Samozřejmě je možno uvažovat o poruše schopnosti zamyslet se nad vyvstalou situací, jejím uvědoměním získat jistý odstup, který by umožnil se volně rozhodnout pro určité jednání. Tato porucha však není příčinou, nýbrž následkem postupné ztráty smyslu pro realitu. Z toho vyplývá, jakým směrem by se měla ubírat i psychoterapie: nikoli analyticky interpretovat nitro pacienta, nýbrž mu postupně přibližovat realitu, její porozumění s možností na ni smysluplně reagovat.

Nezodpovězená, resp. dosud nedostatečně prozkoumaná otázka se týká premorbidní osobnosti schizofrenika, tj.

zda se opravdu jedná o slabost jeho systému „já-self“, zvl. sebeohrazení vůči nárokům okolí s deficitem emoční i kognitivní komunikace.

Další psychologicky diskutabilní problém se týká důkazu propuknutí akutní fáze v důsledku výše popsaného specifického stresu, a zda se následkem recidiv ona predispozice nerozlišení vnitřku a vnějšku prohlubuje. Nopak dělají někteří psychoterapeuti⁸ zkušenost, že v situaci subjektivního bezpečí ve vztahu (vcítění se a odhadnutí optimální blízkosti) akutní psychotická symptomatologie náhle pomine (a opačně přílišná blízkost, např. velmi osobní poznámkou či otázkou, vede k psychotické produkci). V psychoterapii jde tudíž o nabídnutí nové vztahové zkušenosti, ve které panuje jak emoční zaangażovanost, spojení, tak i dostatek svobody, autonomie.

Autor vychází převážně z porozumějího přístupu, získání vědění z perspektivy zevnitř, s možností integrovat jej do terapie.

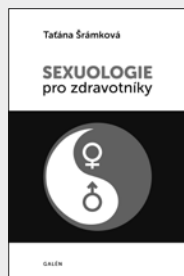
LITERATURA

1. Balint M. Frühe Entwicklungsstadien des Ichs. Primäre Objektliebe. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett; 1966.
2. Bowlby J. Attachment. London: Hogarth; 1970.
3. Bowlby J. Trennung., München: Kindler; 1976.
4. Damasio A. Selbst ist der Mensch. München: Pantheon; 2013.
5. Ermann M. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2004.
6. Grof S. Dobrodružství sebeobjevování. Praha: Gemma; 1988.
7. Jung CG. Člověk a duše. Praha: Academia; 1995.
8. Kocábová D. Třikrát a dost. Praha: Kalich; 2004.
9. Leuzinger-Bohleber M. Desobjektalisierung: Theorie und Klinik eines Konzeptes von André Green. In: Psyche: Suche nach Repräsentanz. Stuttgart: Klett-Cotta; 2014: 922–950.
10. Mentzos S. Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht; 1996.
11. Mitchell SA. Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze. Praha: Triton; 2002.
12. Poněšický J. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton; 2004.
13. Roth G. Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt: Suhrkamp; 1997.
14. Sandler J., Sandler A-M. Innere Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett-Cotta; 1999.
15. Svoboda M, Češková E, Kučerová H. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál; 2006.
16. Uexküll von T. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 1996.

Tatána Šrámková

SEXUOLOGIE

pro zdravotníky



V populaci narůstá výskyt sexuálních poruch a tomuto trendu by měla odpovídat rovněž obeznámenost zdravotníků s tématem a schopnost pomoci pacientům jejich problémy řešit. Reprezentativní průzkum sexuálního chování českých mužů a žen ukázal mimo jiné mezery v informovanosti, pokud jde o sexualitu. Přestože odborné znalosti zdravotníků rostou, v oblasti sexuality jsou i nadále limitovány, protože zůstává do jisté míry stále tabuizována.

Lékaři se rovněž čím dál častěji setkávají s dotazy diabetiků, onkologicky či kardiologicky nemocných nebo lidí ochrnutých po úrazu na možnosti sexuálního života.

Uvedené skutečnosti byly impulsem k napsání této souhrnné sexuologické monografie, určené všem zdravotnickým pracovníkům, kteří si chtějí doplnit své znalosti v oblasti představující důležitou součást života ve zdraví i nemoci.

190 Kč, Galén, 237 stran, černobíle, 130 × 190 mm, brožovaná

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115