

JAK JE TO S TOU HYSTERIÍ ?

OBSAH

- 1/ Krátce k historii hysterie
/od antiky k Freudovi/
- 2/ Mýty o hysterii a co se říká...
/odborníci x veřejnost/
- 3/ MKN 10 a současná psychoanalýza
/deskripce nebo(a?) psychodynamika/
- 4/ Realita psychiatrické ambulance
/medikace, praktičtí lékaři, psychoterapie/
- 5/ Literatura

Vypracovala: Renata Fousková

1/ Krátce k historii hysterie

Určité tělesné a psychické symptomy a určité charakterové rysy jsou již od antiky označovány jako „hysterické“. Staří Egypťané a Řekové dávali tyto hysterické fenomény do souvislosti s „putováním“ dělohy v těle /Hippokrates/. Ve středověku byli lidé s hysterickou symptomatikou považováni za posedlé ďáblem. V 18. století platila hysterie namnoze za gynekologické, v 19. století za neurologické onemocnění s rozmanitými projevy. Léčení pochopitelně odpovídalo diagnóze, stupni vývoje a znalosti té které kultury, ale také kulturně politické situaci. Zahrnovalo postupně operační postupy, vymytání, upalování a jiná brutální omezování a napravování, tak jako lektvary, masti, domlouvání a izolace. Významný obrat přineslo Charcottovo zpochybnění hysterie jako somatického onemocnění. Pokoušel se o léčení sugescí.

Teprve Freudovi se /společně s Breuerem/ podařilo hysterické projevy pochopit jako to, čím skutečně jsou, totiž jako důsledky neurotického zpracování intrapsychických konfliktů. Na počátku tohoto objevu stojí jedno důležité pozorování: hysterické symptomy zpravidla zmizí, jakmile se pacientovi v hypnotickém stavu podaří rozpomenout se na příslušné obsahy, které byly z vědomí vytěsněny, a na afekty s nimi související a oživit je. V pozdějších pracích Freud toto pojetí dále diferencuje: hysterický symptom je třeba chápat stejně jako každý neurotický symptom, tedy jako kompromisní řešení mezi odvráceným impulsem a potlačující instancí Já. Typickým způsobem tvorby symptomů pro hysterii je konverze, tedy převedení psychického konfliktu do somatických symptomů. Původní model konverze byl zpočátku koncipován převážně energeticky: v důsledku konfliktu se nahromaděná libidinózní energie přeměňuje do somatické, „inervace“. Tato energetická interpretace konverze je ovšem u Freuda již od počátku neoddelitelná od symbolické funkce hysterického symptomu. Konverzní symptomy vyjadřují prostřednictvím těla potlačené obsahy /představy, pocity/. Tento druhý aspekt se posléze stával čím dál významnější, takže dnes je konverze chápána jako jakási „převedení“ vytěsněného do řeči těla.

2/ Mýty o hysterii

„No jo to je hysterka“...„chová se hystericky“...„hysterická reakce obyvatel“...tohle slovo se používá ve všech možných i nemožných spojeních a významech, že by nás nepřekvapilo ani spojení hysterická okurka. Obvykle se používá k vyjádření určitého charakteru čehokoli. Tento charakter je obecně vnímán jako nepříjemný, přehnaný, teatrální. Co je hysterické, je pak převážně protivné, často se vyskytující, ale jaksi neměnné. Jsme na to prostě zvyklí a již nás toto zprofanování původně psychického onemocnění nepřekvapí, ba ani nezaujme. Zařazení tohoto slova do běžného lidového slovníku není nic neobvyklého, stává se to často a jde zřejmě jen o zkratku k vyjádření ve své podstatě složité, emočně nabitě, ale hojně se vyskytující formy lidského projevu. Nepřekvapí mě příliš tento postoj a přístup v běžné populaci, šokovalo mě však množství různých mýtů a v podstatě rezignovaného postoje u řady kolegů, se kterými jsem se setkala za dobu své praxe ať již v léčebně, či ambulanci.

Co se traduje mezi odbornou veřejností v podobě přednášek či konstatování „mimořádně“? Ještě v 18. století se tato diagnóza přiřazovala pouze ženám. Dnes se stále častěji užívá i mužů. Překonává se jistá tabuizace a předpokládá se překrývání jinými diagnózami. Již dr. Kufner uváděl vysokou inteligenci, ale připouštěl i výskyt u těžké mentální retardace. Hovoří se o přímé souvislosti – čím nižší inteligence, tím menší maskování projevů a naopak.

Suicidální jednání u hysterických pacientů má většinou demonstrativní charakter, ale na druhé straně se vyskytují skoky z velké výšky! Dr. Dobiáš byl průkopníkem obhajoby hysterické povahy jako koření života. Naproti tomu je známo, jakou destrukci působí člověk s těmito rysy v týmu. Pokud jde o partnery hysterických žen, jsou to muži bažící po dominantní ženě, chtějí se nechat ovládat. Trestná činnost je častá, a to dokonce i vůči osobám blízkým. Alkohol hysterický projev

zvýrazní. Zvláštností klasifikace nemocí je Ganserův syndrom. Porucha je charakterizovaná „přibližnými odpověďmi“ a v kinematografii s efektem využívána „mnohočetná porucha osobnosti“. Ta se vyznačuje zřetelnou existencí dvou nebo více různých nebo nezávislých osobností u jednoho jedince, přičemž se projevuje vždy jen jedna.

.Hysterie, „napodobí“ jakoukoli nemoc. Z vlastní zkušenosti vím, že klinicky autenticky napodobí „epileptický“ záchvat s pokousáním jazyka a pomočením bez EEG nálezu. S touto zvláštností souvisí také psychotická forma hysterie, nejčastěji s přesvědčením o nevěře partnera, imponujícím jako blud. Ještě jinde se zmíním o postupných změnách symptomů v závislosti na kulturně zeměpisném prostředí. Mezi zdejšími psychiatry je vnímána jednoduše jako změna hysterického obložku v ufnukanou depresi.

Tento výčet tradičního vnímání hysterie mezi specialisty chci uzavřít pozastavením se nad jedním, podle mého názoru nejzásadnějším, postojem k celé problematice. S potěšením musím konstatovat, že od roku 1995, kdy jsem na psychiatrii začala, došlo ke značnému posunu. O co se jedná. Na začátku své praxe jsem se často setkávala s názorem a postojem, který lze jednoduše vyjádřit jako „nevěnovat jim pozornost, o kterou si stále říkají“. Docházelo často k tomu, že v důsledku této strategie byli tito pacienti přehlíženi. Práce s nimi byla přece tak jako tak převážně náročná, stereotypní a bezvýsledná. Myslím, že především díky důrazu, který je našťastí v poslední době kladen na psychoterapii jako součást vzdělání psychiatra, dochází k tomu, že se začíná opět těmto lidem věnovat patřičná pozornost. Více se k tomu ještě vrátím v části věnované realitě psychiatrické ambulance.

Veřejnost tedy užívá tento pojem zcela běžně ve velké míře a je ochotna a schopna tolerovat a snad i pokládat za samozřejmost tyto rysy u superhvězd, potažmo umělců obecně. Je vnímána s nelibostí všude tam, kde se očekává věcnost a rozumný přístup.

3/ MKN 10 a současná psychoanalýza

V této části se pokusím předložit dva hlavní pilíře klinické situace současnosti.

Prvním je deskriptivní /popisná/ mezinárodní klasifikace nemocí, o kterou se ve svých diagnózách opírá lékař psychiatr. Je to soubor příznaků, které lze u klienta pozorovat a popsat. Pro stanovení diagnózy je nutné dodržovat jistá pravidla - najít specifický soubor, splnit podmínku alespoň minimálního počtu zastoupených symptomů souboru a nepřehlédnout vylučovací kritéria systematicky eliminující onemocnění jiných okruhů, ve kterých se podobné či stejné symptomy mohou vyskytovat.

Jako druhý pilíř uvedu pohled současných psychoanalytiků – konkrétně Stavrose Mentzose jako pokračovatelů „otce hysterie“ S. Freuda. Domnívám se, že si tuto pozornost zaslouží nejen z tohoto důvodu, ale také proto, že další psychoterapeutické směry jsou ve své podstatě větvemi dnes již opravdu košatého stromu vyrůstajícího z těchto kořenů. Navíc tvoří Prof. Mentzos svým vzděláním spojnicí mezi těmito pohledy. Pracoval jako německý psychiatr a psychoanalytik.

Podle Mentzose lze na deskriptivní úrovni rozlišit tři skupiny hysterických fenomenů nebo pochodů:

A/ Tělesné „funkční poruchy“

K nim patří ochrnutí, poruchy zraku, sluchu, rovnováhy, řeči, atd., které více či méně napodobují /nevědomě/ tělesná onemocnění, aniž existuje odpovídající organicko-patologický nález. Tak jsou u hysterických ochrnutí zachovány reflexy a svaly nejeví známky atrofie. U hysterické slepoty reagují zorničky normálně.

B/ Dissociativní fenomény

Tímto termínem se označují psychické funkční poruchy jako časově ohraničené výpadky paměti /amnézie/, poruchy vědomí jako psychogenní mráкотné stavy, hysterická rozštěpení Já, hysterické pseudohalucinace apod.

C/ Hysterické charakterové rysy

Jedná se o určité vzorce chování např. tendenci k dramatizaci, sníženou schopnost rozlišovat mezi fantazií a realitou, výraznou sugestibilitu, přehnanou koketerii a teatrálnost apod.

Mezinárodní klasifikace nemocí /dále MKN 10/ třídí tuto symptomatologii do různých diagnóz.

Poruchy v odstavcích A/B/ najdeme v kapitole F 44 Disociační /konverzní/ poruchy.

Pojem konverze zavedl S.Freud. Pojem disociační francouzský psychiatr Pierre Janet, který také navrhl vysvětlení vzniku příznaků. Spočíval v předpokladu, že určité části obsahu myšlení jsou vytlačeny z vědomí /disociovány/, ale pokračují ve svém působení vytvářením motorických a sensorických příznaků. Najdeme tam tedy tyto diagnózy:

- disociační amnézie /ztráta paměti/
- disociační fuga /cestování se ztrátou paměti/
- disociační stupor /snížení nebo úplná ztráta pohybů a reakcí na podněty/
- trans a stavy posedlosti /mimo náboženské a kulturní zvyklosti/
- disociační poruchy motoriky /napodobuje všechny typy apraxie, akineze, afonie, dysartrie,
- dyskineze, záchvatů nebo obrny/
- dissociativní křeče /napodobují epilepsii/
- dissociativní porucha citlivosti a sensorické poruchy /neodpovídají anatomii a fyziologii/ a již zmíněné Ganserův sy. a mnohočetná porucha osobnosti

Poruchu v odstavci C/ najdeme v úplně jiné kapitole: Poruchy osobnosti a chování u dospělých. Obsahuje modernější a v současnosti doporučené označení pro hysterii, tj:

- histrionská porucha osobnosti a definice uvádí –mělká a labilní emotivita, dramatizace, teatrálnost, nadměrné vyjadřování emocí, sugestibilita, koketérie, egocentričnost, neustálá touha po ocenění, vzrušení a pozornosti.

MKN 10 popisuje a příliš se nezabývá pátráním po příčinách. Nabízí rozsáhlou diferenciální diagnostiku a doporučuje symptomatickou léčbu: úzkostí anxiolytiky, depresivních rozlad antidepresivy posledních generací, dále také doporučuje podpůrnou psychoterapii a psychoanalýzu.

Pozastavme se tedy nad pohledem současné psychoanalýzy.

Otázku, proč všechny tyto tři skupiny fenoménů jsou označovány jako „hysterické“ nelze na deskriptivní úrovni snadno zodpovědět. To, co je všem společné, je spíš třeba hledat na psychodynamické úrovni. Mnohé totiž nasvědčuje tomu, že zde existuje společný způsob neurotického zpracování konfliktu. Nejprve však k jednotlivým důležitým /byť ne specifickým/ mechanismům:

KONVERZE jako přemístění konfliktu a jeho složek do řeči těla nemůže být univerzálním ani specifickým modelem hysterie, protože nedokáže vysvětlit fenomény skupiny B/ a C/. Patrně je tedy konverze jedním z mechanismů vzniku hysterických symptomů. Mohly by snad oním specifickým modelem být identifikační pochody?

U většiny hysterických fenoménů totiž hrají významnou roli, jak již zdůraznil Freud. Informuje například o dívce, která po obdržení milostného dopisu ve třídě ze samé radosti upadla do mdlob. Příštího dne omdlelo několik jejích spolužaček. Nedokázaly vyřešit konflikt mezi přáním obdržet také takový dopis a skutečností, že žádný nedostaly. K tomuto řešení dospěly identifikací se svou spolužačkou. Podobně se dají vysvětlit „hysterické epidemie“ které se objevovaly zejména ve středověku, ale ojediněle také v novější době. A už sama skutečnost, že většina hysterických projevů /nevědomě/ imituje různé tělesné a psychické nemoci, znamená, že zde probíhají masivní procesy identifikace buď s konkrétním případem nemocného pacienta, nebo s určitými stereotypními představami o tom, jak nějaká nemoc vypadá. Odtud i dnes se vyskytující bizarní obrny a poruchy citlivosti. Extrémem je pravostranná srdeční bolest. IDENTIFIKAČNÍ procesy tedy hrají při vzniku hysterických fenoménů výraznou roli. Avšak stejně jako konverze nejsou pro hysterický modus ani závazné ani specifické. Totéž platí o následujících třech mechanismech, které jsou rovněž významné při tvorbě hysterických symptomů a charakterů. Jedná se o:

VYTĚSNĚNÍ jakožto nejdůležitější předpoklad toho, aby tyto procesy mohly nevědomě probíhat
DISSOCIACI, která podmiňuje koexistenci protikladných obsahů/levá ruka neví, co činí pravá/
EMOCIONALIZACI jakožto protějšek intelektualizace.

Všechny tyto mechanismy jsou pro symptomy zřejmě velice důležité a potřebné, leč nikoli specifické. To, co je pro hysterický modus zpracování konfliktu specifické, je podle Mentzose v tom, že se zde pro vnějšího a vnitřního pozorovatele něco INSCENUJE. Jedná se o inscenování, které v energetickém ohledu sice skutečně umožňuje i skryté dílčí uspokojení či tvorbu afektů, avšak plní především následující funkci: pomocí toho, co je vyjádřeno a zinscenováno, se dotyčný může „jevit v jiném světle“. Pacient s hysterickým ochromením se prezentuje jako člověk, který již nemůže ani chodit ani stát. Podobně je to i s hysterickými poruchami řeči, závratěmi apod. Dalo by se říci, že jde o přechodnou, zinscenovanou změnu reprezentace Self./termín zavedený H.Kohutem, tvůrcem směru psychologie Self, která otevřela cestu k analýze dosud odmítaných narcisticky narušených jedinců/. Self dle psychoanalytického slovníku vyjadřuje to, „jak subjekt prožívá sám sebe“.

Takové pojetí nám dovoluje sledovat všechny tři skupiny hysterických fenoménů z jednoho zorného úhlu, neboť teprve teď lze pochopit i dramtizaci, teatrální chování a tendenci zaměňovat fantazijní představy za realitu. Slouží nevědomým inscenacím s cílem jevit se /nejenom druhým, nýbrž také sobě samému!/ jinak než ve skutečnosti. Toto „jevit se jinak“ má dvě podoby: buď se pacient jeví jako slabší, nemocnější, bezmocnější, zoufalejší či zmatenější, než ve skutečnosti je, nebo jako silnější, vyzrálejší, atraktivnější, úspěšnější, výkonější, vitálnější, dominantnější, neohroženější. První skupina je nazývána pseudoregresivní, druhá pseudoprogresivní. Do první skupiny zařadíme již citované diagnózy celkem snadno. Co druhá? U té bychom museli rozšířit výčet MKN 10 o další poruchu osobnosti. Patří tam totiž donchuanismus a všechny ostatní narcistické charaktery vyskytující se u mužů i žen. K tomuto diagnostickému rozptylu dochází i z jiných důvodů. Prvním je přehodnocení analytiků týkající se otázky: jaké neuroticky zafixované základní konflikty jsou zpracovány pomocí hysterického modu? Druhého se dotknu v části o epidemiologii.

Klasická psychoanalytická teorie vycházela z toho, že hysterické symptomy a hystericky zformované charaktery mají původ zejména v konfliktech OIDIPSKÉ fáze/event. v jejich reaktivaci v dospělosti/. Dnes je zřejmé, že téměř u každého pacienta s hysterickou symptomatikou a /nebo/ charakterem se také vyskytují a často dokonce dominují konflikty z ORÁLNÍ fáze /tzn. neúplné vyřešení symbiózy a všechna ostatní nekonstruktivně zpracovaná odloučení/stejně jako NARCISTICKÁ problematika Self, tj. strukturální nedostatky v oblasti regulace sebehodnocení. Právě u těžkých, terapii vzdorujících „hysterií“, které se dříve příležitostně

označovaly také jako „maligní“, sledujeme, že zde nakonec významnou roli hraje závislost a problematika sebehodnocení.

Podle Mentzose je „hysterie“ jako pojem dnes nepoužitelná kvůli své mnohoznačnosti/pokud jde o symptomatiku/ a jednostrannosti /všímá-li si pouze oidipských konfliktů/. Pouze s pomocí trojdimenzionální diagnostiky, která zohledňuje nejenom způsob zpracování, nýbrž také druh konfliktu a strukturální povahu Self, lze konkrétní případ pochopit.

Pokud jde o epidemiologii hysterických fenomenů, je zřejmé, že hysterické symptomové neurozy z přelomu minulého století se v západní Evropě staly vysloveně vzácnými, zatímco např. v Indii, ve Středomoří a u hostujících dělníků z jižních zemí se vyskytují hojně dodnes. Lze předpokládat, že v důsledku pokračující osvěty, ale také intelektualizace se reprodukce tehdejších forem hysterické inscenace stala velice obtížnou, ba přímo nemožnou. Dnešní potenciálně hysteričtí pacienti musí proto buď postoupit „hlubší“ regresi do skutečných psychosomatických onemocnění/např. vředy/nebo rozvinout rafinovanější a -pokud jde o ně samotné i o druhé- již ne tak snadno prohlédnutelné formy hysterické sebestylizace: místo hrubých funkčních ochromení či záchvatů mdlob tito pacienti dnes trpí „nervovým zhroucením“, pseudodepresivními krizemi, chronickými postkomočnými syndromy, „nevysvětlitelnými“ bolestmi zad apod. A tím se dostáváme zpět do reality.

4/ Psychiatrická ambulance

Závěr minulého odstavce značně rozšiřuje soubor diagnóz MKN 10, pod kterými se mohou ukrývat zmíněné potíže. Jsou to především:

- smíšená úzkostně depresivní porucha a
- somatoformní poruchy.

Uvádím jen ty opravdu hlavní. Co se vlastně děje s těmito lidmi? Ze všeho nejdříve o ně začnou pečovat praktičtí lékaři. Podle druhu a míry potíží celkem pravidelně a lege artis volí jednu ze dvou možností. 1/ Medikují je sami obvyklými anxiolytiky/Diazepam, Lexaurin, Neurol apod./, v případě informovanějších pak moderními antidepresivy nejčastěji ze skupiny SSRI /inhibitory zpětného vychytávání serotoninu/-Seropram, Deprex apod. Informace o těchto lécích a jejich výhodách a neškodnosti dlouhodobého podávání získávají tito lékaři od neúnavných zástupců farmaceutických firem. Mimochodem ze statistik vyplývá, že jsou to léky v posledních letech nejvíce předepisované a užívané na celém světě!

2/ Podrobují tyto pacienty v některých případech nekonečnému kolečku vyšetření a léčení u různých specialistů. Naše vyspělé a bezedné zdravotnictví pak jistě objeví nějakou tu poruchu některého z velkého množství systémů lidského organismu. Úzká specializace a fragmentace dnešního zdravotnictví, společně s neschopností a neochotou komunikovat a propojovat mezi obory, k tomuto začarovanému kruhu přispívá. Velmi častá je široká škála rehabilitačních procedur. Proč se někteří z těchto lidí nakonec ocitnou v psychiatrické ambulanci? První podmínkou je, že praktický lékař o této možnosti ví a v lepším případě s psychiatrem spolupracuje. Dále je to proto, že oba, jak lékař, tak pacient jsou nespokojení. Praktický lékař rezignuje a potíže pacienta nepřímou bagatelizuje, zatímco pacient se cítí přehlížený a jeho potíže se stále stěhují a zhoršují.

Co obsahuje samotná práce psychiatra, terapeuta v psychiatrické ambulanci?

Na začátku je to často práce s léky. Prvním úkolem je zmapování míry závislosti na lécích. Ta vyselektuje pacienty již somaticky závislé, kteří buď při dobrém kontaktu a motivaci k léčbě překvapivě rychle tyto léky opouštějí a jsou schopni a ochotni práce na sobě, nebo se rychle vrací k již fixovanému stavu přežívání a bloudění. V případech, kdy medikace dosud nebyla užitá je na

zvážení, kdy ,do jaké míry kontroly a frekvence lékař užije léky k symptomatické úlevě. Diskutabilní je souběh této medikamentózní léčby a psychoterapie jedním člověkem. Psychoanalyticky orientovaní terapeuti jsou jednoznačně proti,ostatní směry jsou shovívavější, ale myslím si, že terapie se pak může v jisté fázi výrazně zkomplikovat a prodlužovat.V psychoterapeutické práci by měl být terapeut schopen poskytovat pacientovi nejvyšší možnou emoční podporu, aby snížil úzkost, ale současně se musí vyhnout příliš blízkému osobnímu vztahu, resp. v pravou chvíli interpretovat možnost sexuálního zájmu. Je třeba pracovat se svádivým nebo regresivně závislým chováním, které pacient předvádí. S oscilací mezi stavy nadměrné úzkosti z možné ztráty vlastních schopností, tak jako s přívaly zlostných emocí, jakož i se stavy strnulosti s ostentativní nevšimavostí. Je to vždy důkladná zkouška lékařovy diagnostické bystrosti a osobní zralosti, neboť u těchto pacientů se obvykle mísí příznaky více či méně závažného somatického onemocnění s konverzními příznaky, s dramatizací nezávažných somatických poruch a s manipulativním , stále se měnícím chováním. Osvědčuje se interpretace symptomů dle významů, jež se postupně odkrývají. Jde často o míru závislosti a autonomie, péče o druhé kontra o sebe samotného, realistický přístup k sobě i ke světu.U hysterického charakteru je třeba se snažit vycítit jednostrannost mužského či ženského zaměření či jejich poruchy, podnítit pacienta do vcítění se do potlačené stránky jeho osobnosti /připustit slabost či nejistotu, či naopak/.Motivovat k náhledu a ke změně lze i poukazem na to, kolik námahy jej stojí se prezentovat v tom či jiném světle. Je třeba dodat odvahu a umožnit ve vztahu stát se sám sebou bez přetvářky.

V určitých případech je možné zvážit skupinovou terapii. Tento pacient musí mít obecné schopnosti pro skupinu nevyhnutelné.Unést odklad egocentrické pozornosti a zároveň naslouchat druhým.Vydržet odmítavé postoje k jeho projevům atd.Může se také stát významným vzorem pro uvolňování emocí jinak narušených pacientů ,sociálních dovedností předváděných jako na divadle apod.Rozhodně neplatí tvrzení, že skupinu rozbije, skupina ho buď udrží, nebo z ní odejde.

Závěrem chci konstatovat, že jsem si touto prací konečně udělala pořádek v této problematice a jestliže některé čtenáře nebo posluchače zneklidnila nebo rozladila, doufám, že tyto nepříjemné pocity vyústí nakonec alespoň ve snahu věnovat „hysterii“ přiměřenou pozornost.

5/Literatura:

Stavros Mentzos:Rozumíme sami sobě?

Petr Smolík:Duševní a behaviorální poruchy

Mezinárodní klasifikace nemocí

Charles Rycroft:Kritický slovník psychoanalýzy

Jan Poněšický:Neurózy,psychosomatická onemocnění a psychoterapie