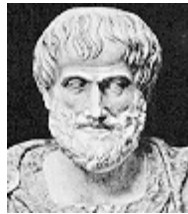


JIŘÍ ADAMEC
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



HYPERTENSE

EPILEPSIE A DIABETES

V PORADENSKÉ PRAXI

Jiří Adamec



Brno 2021

**HYPERTENSE
EPILEPSIE A DIABETES
V PORADENSKÉ PRAXI**

Jiří Adamec

Brno 2021

© Jiří Adamec
Filosofický seminář – katedra teorie
ISBN 978-80-87234-107-X

Předkládaný text nemá redakční úpravu a korekturní zpracování. Tímto se omlouváme za případné tiskové nedostatky, které mohly uniknout naší pozornosti.

***Žádná alternativní medicína neexistuje,
existuje pouze medicína...***

Knížka s obsahem, který se věnuje tématu *Hypertense, epilepsie a diabetes* si klade za úkol, informovat studenty oboru *Psychologie v poradenství* o dané problematice do té míry, aby měli dostupnou orientaci pro další vyhledávání pramenů, pakliže si to jejich práce s klientem bude vyžadovat. Autor knížky není pro dané téma lékařem, ale školeným laikem (*psychosociální rehabilitace*), který zde projevuje pouze hlubší zájem o dané téma, bez toho, aby se do pozice odborníka stavěl.

Ú V O D

Zájem o biologicky, hormonálně a neurologicky podmíněné znalosti v oborech psychiatrie, dnes představuje hlavní vlnu výzkumů. Je tomu tak proto, že jejich uplatňováním dochází k účinnějším terapeutickým přístupům. Obecná psychologie se tím i přes to nezbavuje své psychoanalytické metody při práci s klientem, ale významně tyto znalosti může využít, jestliže je možné, skrze ně urychlit diagnostiku a tím zahájit včasnou nápravu duševní rozlady, nebo i déle trvající tísně klienta. Přitom není zcela nezbytné, při takových znalostech, bezprostředně přistupovat k medikaci. Zde je zapotřebí zdůraznit, že na tomto místě je dáván důraz na spojení: „není zcela nezbytné“, což v našem případě znamená, využívat daných poznatků k tomu, aby se klient nacházel způsobem naší verbální podpory na bezpečném místě, odkud mu bude poskytnuta primární psychoedukační péče. Tedy, nevyлéčíme z hypertense, epilepsie nebo diabetu naše klienty, ale poskytneme jim spolurozumějící podporu stran nemoci, kterou jinak konzultuje u svého ošetřujícího lékaře s danou specialisací.

Nemalý počet klientů, kteří mne navštěvují, mívají osobní zkušenosti s epilepsií, hypertensí nebo diabetem, a to jak u sebe samých, tak u svých blízkých, jako jsou především rodinní příslušníci všech věkových skupin. Během našich rozhovorů na tato témata vždy potom dojde. A je zcela přirozené, že obdrží příslušnou verbální podporu stran toho, jak psychicky zvládat tyto nemoci, které svojí tělesnou zátěží významně zasahují také do jejich psychických potřeb, protože jsou nuceni učit se je zvládat, neboť jsou v druhém sledu, mnohdy, tyto somatické obtíže také přímými podílníky na vzniku a rozvoji jejich diagnostikovatelných psychických poruch s mnohoznačnou symptomatikou.

Jiří Adamec – Brno, leden 2021



§1. HYPERTENSE

Není patrně zapotřebí nijak zvlášť zdůrazňovat, že vysoký krevní tlak dnes představuje ve skutečnosti civilizační chorobu, přímo vázanou na pasivní, sedavý životní styl a jeho vliv dopadá jak na poruchy oběhového systému, stejně jako se podílí na vzniku chronických psychických obtíží. V poradenské praxi se s klienty s touto zátěží setkávám často. Aby si udrželi přijatelnou kvalitu života, musí se hypertensním komplikacím podřizovat úpravou denních činností, stejně jako jídelníčkem, pitným režimem a odpovídajícími změnami také v přístupech k psychicky náročným každodenním požadavkům v zaměstnání, v soukromí, ale i v souvislosti s volnočasovými aktivitami, pakliže zanedbali dřívější prevenci.

Hypertensní obtíže se nejčastěji dostávají bez varování. Jejich charakteristickým doprovodným znakem je stav podobný panické atace nebo pseudo-infarktu. Klient zažívá bušení srdce, návaly zmatenosti, horka, třesu těla a končetin, obtíže s polykáním, zrychlené dýchání s vnímáním nedostatku objemu kyslíku při nádechu, strach současně s podvědomou evidencí myšlenek na to, že zemře. U načasování převládá zejména věk mezi mladší dospělostí tj. 25 let, až věkem seniorským. Hypertense bývá většinou potom již celoživotní a je pouze korigovatelná na nějakou optimální úroveň zvládnutí, i při sportovních aktivitách, ovšem s nutným omezením vrcholových výkonů.

Je-li hypertense důvodem k takovým zdravotním obtížím, které vedou k cévní mozkové příhodě, jedná se takto o její vážnější průběh, který bývá doprovázen i chirurgickým zákrokem. V této souvislosti se hypertensní jevy mohou vyskytovat i přechodně, jedná-li se o nádor CNS, který svým umístěním dovoluje odstranění a tím i následnou úpravu hypertensních jevů, až do úrovně jejich vymizení. Stejnou podobou hypertense je její vznik z důvodu vady srdce, tedy kardiovaskulární hypertense.

V rámci somatických obtíží vysoký krevní tlak zásadním způsobem ovlivňuje například: spánek, termoregulaci (pocení), srdeční tep, výkonnost (vyšší unavitelnost, dýchavičnost). Po stránce psychické, jeho vliv neblaze dopadá na celkovou spokojenost (výkyvy nálad, podrážděnost), snižuje soustředivost, zejména při studiu nebo práci, ovlivňuje rovněž volní dynamiku, snížením aktivního zapojování do jinak běžných každodenních činností, omezuje sexuální libido, a tak dále.

Odborná literatura dělí hypertensní fenomenologii na přibližně tyto okruhy (*viz, literatura, J. Widimský et al.*):

- a) juvenilní hypertense
- b) arteriální hypertense ve stáří
- c) hypertense u cévních mozkových příhod
- d) hypertense a ischemická choroba srdeční
- e) hypertense a fibrilace síní
- f) hypertense a srdeční selhání
- g) hypertense v těhotenství
- h) hypertense, obezita a metabolický syndrom
- i) ***hypertense a diabetes mellitus***
- j) hypertense při onemocnění ledvin
- k) hypertense po transplantaci srdce
- l) endokrinní hypertense
- m) hypertense a spánková apnoe
- n) neurologicky podmíněná hypertense (***u epilepsie***)

Samostatným oddílem jsou potom psychiatrická zjišťování hypertense u vaskulárních demencí klientů s organickými duševními poruchami, nebo klientů s poruchami mentálního vývoje. U první skupiny se jedná o obtíže, které jsou přímo vázané na kolísavost jejich progresujícího neurologicky podmíněného stavu, jenž vykazuje známky zvýšeného krevního tlaku úměrně zhoršující se povaze onemocnění, v druhém případě se známky hypertense manifestují u klientů, kde převládají sekundární somatizační poruchy z okruhu diferenciální diagnostiky.

Vysoký krevní tlak je rovněž podílníkem na zvyšující se mortalitě lidí v produktivním věku. Představuje proto nezanedbatelnou míru nebezpečí stran rozvoje civilizačních chorob a je nutné mu věnovat v preventivní a primární, či následné sekundární péči odpovídající pozornost.

I když existuje poměrně účinná farmakologická možnost úpravy hypertense, tak její nebezpečí spočívá v tom, jak ji daný klient bude přijímat. Pokud aplikuje léky s tím, že již není dalších preventivních opatření zapotřebí, je to stejné, jako když psychiatricky nemocný klient bere léky na deprese, ale odmítá psychoterapii. Hypertense totiž může změnit, při nevhodném přístupu k její korekci, vnitřní orgánové prostředí do té míry, že např. srdce se sice jejímu vlivu brání, ale nakonec mu podléhá tím, že například částečnou, časově nepravidelnou fibrilační aktivitu, nebo jiné komplikace v jejich mírném rozvoji zapouzdří a je následně obtížné tento orgán z nastavené (navyklé) pozice rehabilitovat. Hypertense se tak mnohdy podílí na chronickém poškození, které se stává poškozením trvalým, se značně omezujícím dopadem na kvalitu života. I když je u korekcí hypertense nutný individuální přístup, jsou tyto poznatky známé ve všeobecných souvislostech u chronicky neléčených hypertoniků (*viz, cit. d., str. 170-171*).

Pokud mohu poskytnout informace z vlastní praxe, poměrně často mívám klienty, kteří pochází právě z této skupiny chronicky léčených hypertoniků. Muži a ženy si stěžují na nejrůznější obtíže, stran své nespokojenosti ve vztazích, se sebou samými, se svojí prací nebo subjektivně prožívanou bezperspektivností. Dovožují tyto psychické komplikace rovněž nechutí do činností, které je dříve bavili, snížením zájmu o sex, popřípadě i celkovou podrážděností. To, že by jejich neblaze vyhlížející život, po této stránce mohl být zapříčiněn právě vysokým krevním tlakem si ovšem zpravidla vůbec nepřipouští. Je

to dáno tím, že jim byla právě hypertense diagnostikována před více (někdy i třiceti) lety a na tuto možnost, že by právě ona mohla být příčinou jejich obtíží, prostě zapomněli. Léky sice aplikují, ale již mechanicky, srostlí, či stigmatizovaní s touto chorobou bez toho, aby ji tak zvaně přizvali jako spolupodílníka na zhoršení svého psychického stavu. Do toho může samozřejmě vstupovat i nevhodné dávkování léků např. rozvojem pre-panických atak, jestliže si klient tzv. anti-hypertonikum bere v okamžiku, kdy pocítí jinak normální zvýšený tlak po běžném výkonu, jako je chůze do schodů, nebo po úklidu a přitom by stačil jen jednoduchý cvik a vydýchání. Nadužívání léků v těchto případech bývá velmi časté a klienti se mnohdy domáhají informace, stran otázky, proč bývají poslední dobou ospalejší, když právě hypertensi tímto výše popsaným způsobem mají přeci pod zřejmou kontrolou. To, že se z těchto pozvolna ustalujících stanovisek u predispozičních jedinců může časem rozvinout hypochondrická porucha, není až tak vzácným jevem. U jedné klientky (46 let) jsem mohl pozorovat, jak se postupně nucená představou o vlastních nemocech, povstávajících z hypertensní diagnózy, dostávala ke stále dramatičtějšímu sebehodnocení, což už jí nakonec nedovolovalo, pro samé kontrolní návštěvy docházet do zaměstnání, čímž kvalita jejího života značně utrpěla a rovněž rodina si s jejím počínáním nevěděla rady. Běžná psychofarmakologická anxiolytika a skupinová psychoterapie (KBT) ji po krátkém čase nakonec z její neblaze vyhlížející psychické situace sice dostali zpět do každodenního života, ovšem za cenu, kdy dále horečnatě realizovala všechna, podle ní nutná, preventivní opatření, aniž by si jinak užívala volnosti života, nezatížená představami, že se musí vyhýbat přítomným hrozbám trvalého nebezpečí smrtelných nemocí. Spolupracovali jsme několik měsíců po tom, co měla již KBT rozběhnutou, což bylo nutné a možné ošetřit jen rámcovými konzultacemi.

Tím, že se k hypertenzním obtížím přidávají ještě bolesti hlavy, poruchy vidění nebo závratě, psychomotorická agitovanost jako jsou záškuby během usínání, popřípadě v klidovém stavu během sezení, násobí to u klientů zejména strach z nemoci, což vytváří tělesné i psychické stresové prostředí. Jejich rekombinací proto dále vzniká obvykle i možnost rozvoje přidružených psychických komplikací, jako jsou nejrůzněji modifikované pocity, či komplexy méněcennosti, vázané na častější momenty selhání v každodenních aktivitách nebo i mezilidských vztazích. Klient se uzavírá, nebo také tomuto způsobu sebeizolace říkáme: sociální staženost. Opět u predisponovaných jedinců taková situace, při své dlouhodobosti může a také vede k rozvoji deprese, popřípadě některému stavu neuroticismu, nejčastěji však obsedantně kompulsivní poruše.

Hypertenzní klienti mají sklon, se tedy, tak jak vyplývá z doposud řečeného, úzkostlivě sledovat, měřit si krevní tlak domácími přístroji i několikrát denně, vytrvale vyhledávat informace o hypertensi na internetu a celkově být potom i přecitlivělí na jakékoli sebemenší tělesné změny, nebo zprávy o této diagnóze v médiích, a ty negativní přednostně nevyjímaje. S trochou nadsázky lze říci, že hypertoničtí pacienti se cítí být pod neustálým tlakem.

Věková stádia, psychika a hypertense jsou neodlučitelnými soupeři. V mladším věku kterýkoli pacient snáší své obtíže lépe a bude také méně zodpovědný, než pacient ve středním věku nebo senior. Čím je klient starší, bude se vůči své diagnóze pravděpodobně chovat úzkostlivěji, což ovšem vždy nemusí znamenat také odpovědněji. Prevence sama o sobě je psychickým výkonem. Znamená vůči diagnóze vysokého krevního tlaku zaujmout rozhodné stanovisko ve změně životního stylu. V mladším věku dochází k jeho odkládání, ve starším věku se potom zachraňuje, co se dá.

Klient (37 let)

Při jedné krátkodobé spolupráci mne navštívil klient (stavební dělník), který si stěžoval na dlouhodobé stavy úzkosti. Vyšlo najevo, že před dvěma lety prodělal několik závratí, ale lékaře nenavštívil. Tím, jak odezněly měl za to, že už není zapotřebí s nimi nic dělat. Tyto závratě, jak popsal, doprovázel zvláštní stav malátnosti, bušení v hlavě, špatný spánek a pocity, jako když by měl za hrudí poskakující srdce. Klient nekouřil a nepil. K lékařům, jak sám dovozoval, nikdy nechodil. Bylo to proto, že jeho matku prý špatně odoperovali na žlučník, stehy se zanítily tak silně, že do pár dnů po operaci zemřela. Od té doby (bylo mu 19 let) měl k lékařům odstup. Jeho práce byla namáhavá a, aby se udržoval ve formě, pil často energetické nápoje, které kombinoval se silnou kávou. Přítel, kardiolog mi potvrdil, že jsou případy, kdy se hypertensní „kolika“ náhle objeví, několik dnů i týdnů se vrací a pozvolna ustupuje, ale nikdy nezmizí. Zůstane již navždy ve svých zvýšených hodnotách, které potom klient nemusí jako hypertensní nebezpečí ani rozpoznávat, zejména, pokud přirozeně změní své chování, kterým se dané situaci podvolí. Přesně toto se odehrávalo s panem Milanem. Spontánně přestal pít všelijaké energetické nápoje, pouze jednu kávu denně, které se nevzdal, na doporučení kolegů pil vodu a nesolil skoro vůbec, do toho podnikal vycházky přírodou. Netušil však, že se hypertense usadila jen v mírnějších hodnotách a již natrvalo ovlivňovala jeho „vnitřní prostředí“. Dá se říci, že měl pan Milan štěstí, že se jeho stav nekomplikoval, až do fatálního výsledku, který mu tak, jako tak, hrozil. Po mé žádosti, aby se nechal vyšetřit tak učinil. Byla mu nasazena anti-hypertensiva, po nichž se bezprostředně cítil lépe. Úzkosti ještě několik týdnů sice přetrvávaly. Jejich spouštěčem byl tedy vyšší krevní tlak a pracovní vytížení, na které fyzicky nestačil, tak jako před léty. Energetické nápoje a kofein zde měly rovněž zásadní podíl.

Klientka (40 let)

Byl tehdy jeden z těch horkých dnů, kdy i ve stínu padaly téměř čtyřicítka. Do pracovny po předešlém telefonickém objednání přišla žena, která vykazovala známky nebývale silného zapocení. Na první pohled jsem tomu nevěnoval, vzhledem k počasí, pozornost. Poskytl jsem klientce vodu a také nekonečnou krabici kapesníků a udělal lehký průvan. Zjevně si to užívala, protože jsme prvních pět minut mlčeli a já dával najevo, že není kam spěchat. Klientka současně nahlas vydechovala. Počkal jsem tedy, až se „srovná“ a potom budeme připraveni pracovat. Výchozí stížností, už při našem telefonickém kontaktu bylo, že rok a půl pobírá antidepressiva, ale nezdá se jí, že by nějak účinně zabírala. Psychoterapie, a to jak individuální nebo skupinové prozatím odmítá, necítí se na ně. Ke mně zašla s tím, že ví, že s ní nebudu dělat terapii, ale mohl bych jí, jak slyšela od jedné naší posluchačky, třeba říct, co dál, a tak vůbec. Popravdě, příliš možností jsem neměl, ale začali jsme rozmotávat její příběh. Tato klientka měla diagnostikovanou depresi. Základní projevy se týkaly obecně projektovaných symptomů jako úzkostnost, strach z budoucnosti, tendence k plačtivosti, nechuť k meziosobním a sociálním kontaktům, mizivá motivace docházet do zaměstnání a rovněž somatické projevy jako bušení srdce, občasný třes po celém těle jako u pseudo-zimnice, několikrát i probouzení ze spaní s návaly horka, výrazně snížená schopnost vytrvat v činnostech, snížené libido, někdy i rozostřené vidění...

Paní Iva byla rozvedená (před šesti lety). Bydlela se svými dvěma syny. Domácnost fungovala bez problémů. Její „manžel“ byl tou dobou ještě ve vězení (odsouzen na tři roky za domácí násilí s ublížením a těžkými následky, což se týkalo jejich staršího syna). Klientka do té doby neměla žádné psychické a jiné zdravotní obtíže. Nyní, když vše doznívalo a dramatické situace se nepřestávaly v její hlavě vracet, postupně nad tím ztrácela kontrolu,

až upadla do depresivních stavů s výraznými pocity existenciální marnosti, doprovázenými ukrytým vztekem na bývalého manžela.

Během našeho rozhovoru paní Iva již výrazně „pookřála“ a bylo vidět, že se jí od horka ulevilo. Značná pozitivost ovšem nepřestávala. Sama, situaci komentovala slovy: *„já to teď tak mám, od té doby, co беру ty léky na depresi, jak se mi to pocení rozjede, tělo už je vcelku srovnané, ale pot ze mě letí furt dál“*. Domníval jsem se, že její hypertonické sklony musely u ní být znatelné ještě před braním anti-depresiv. Položil jsem tedy příslušnou otázku a paní Iva po krátké odmlce přitakala, že teď je to jen o znatelný stupeň víc než před tím, co tyto léky ještě nebrala. Poskytl jsem paní Ivě radu, nechat se vyšetřit na hypertensi, což zpočátku nebrala vážně. Když po nějaké době navštívila specialistu a byly jí nasazeny léky, antihypertensiva, mohlo dojít rovněž ke snížení dávky antidepressiv. Nakonec antidepressiva přestala, po půl roce pobírat úplně a její stav se výrazně zlepšoval. Dostatečnou úpravou životního stylu (jídelníček, pitný režim, pohyb a naše relaxace proti stresu) bylo u klientky dosaženo téměř úplného odeznění nepříjemných výkyvů nálad, které se dostavovaly už jen na konkrétní podněty.

Náš popis psychického stavu pana Milana a paní Ivy má společnou linku, kterou tvoří hypertense, co by podílí na horším průběhu jejich úzkosti a deprese. Dá se tak s jistotou říci, že hypertense může být u predisponovaných jedinců spouštěčem chronické úzkosti nebo deprese, stejně jako chronická úzkost nebo deprese mohou být vyvolavateli hypertense, coby jejich stresor.

Oba tito klienti žili v nepřiměřeném napětí. Pan Milan chtěl podávat výkony, které si předsevzal, neboť v dětství jen sotva odolával nárokům svého otce a paní Iva se vyrovnávala s ukrytovanou nenávistí ke svému bývalému manželovi, když vídala deno denně svého staršího syna, jak o holi odchází, vždy ráno, do školy.

HYPERTENSE VE SPOJENÍ S DEMENCÍ A KARDIOVASKULÁRNÍMI PORUCHAMI

Svá specifika má problém vysokého krevního tlaku u seniorů a rozvoj demence, tedy postupná ztráta kognitivních funkcí. Pokud spolupracuji s organizacemi, kde se jedná o dobrovolnickou činnost se seniory, nebo s klienty center, která se věnují pacientům s Alzheimerovou chorobou nebo Parkinsonismem, potom jejich vykazatelnost hypertense obsahuje ambivalentní symptomy: chlad po těle a nedokrvenost končetin na jedné straně a vysoký krevní tlak na straně druhé. To vše doprovázené občasnou nebo i trvalou malátností (motáním hlavy). Vaskulární medicína věnující se zvládnutí správné prokrvenosti nejen CNS, je v těchto případech zcela na místě a tvoří bezprostřední součást přístupu k léčbě těchto pacientů.

Jako extrémní změny se projevují: celková porucha vnímání a paměti, odtud tedy také většiny rozumových schopností, stejně jako dochází ke změnám osobnostních rysů, a to vše za i tak trvalého náhledu, tedy jinak, při zachovalém vědomí. Věk pacienta je zde zásadní.

Symptomově se v osobnostním profilu jedná dále o individuálně řazené vypořádání a změny v oblasti společenského chování, schopnosti volby, také abstraktního uvažování, nebo citových projevů a vazeb, převládají mnohdy i snížení orientace časem a prostorem k nimž se přiřazuje kolísavá samoobslužnost, či ztráta chuti do života (pasivita).

Všechny uvedené symptomy jsou daným klientem zpočátku evidovány. To způsobuje mnohdy horečnou potřebu odolávat jim dokazováním si, že tomu tak není, a to chybným jednáním, které ztrácí účel. Klient tak jedná na základě stresoru, který spouští hypertensní vývoj, založený na dynamické nutkavosti, což je ve skutečnosti poplachový signál. Takto následně mohou vznikat u některých klientů sklony k odbrzděnosti s agresivními výlevy na jedné straně, a na druhé, k poškození srdce.

Pokud dále v těchto případech nemocnosti hovoříme o prevenci, tak zejména v souvislosti, s již počátečním rozvinutím demence pouze o jejím zbrzdění, a pokud ještě před jejím rozvinutím, tak pouze o stavu oddálení, je-li pacient predisponován, což lze zjistit, až při prvních projevech (symptomech – viz výše).

Výrazným podílníkem na rozvoji demence v kterémkoli věku jsou cévní mozkové příhody. Kromě komplexně zvládaného prokrvení CNS se na demenci podílí také dysfunkční přísun kyslíku a glukózy. Množství krve, která protéká řečištěm CNS závisí jednak na průchodnosti krkavice a cév v celém rozsahu, stejně jako na odpovídající tlakové stimulaci prováděné srdečním tepem. Onemocnění CNS, která mohou způsobovat rozvoj demence vlivem jeho špatné prokrvenosti jsou (*Seidl, Vaněčková*):

- a) akutní mozková příhoda (ictus – ischemie, krvácení)
- b) tranzientní ischemická příhoda (TIA)
- c) progredující CMP (celková globální hypoxie)
- d) periventrikulární leukomalacie (zpravidla v bílé mozkové hmotě v perinatálním a postnatálním období, a to jako post-hypoxicko ischemické postižení)
- e) lakunární infarkt (ložisko ischemie v baz. gangliích)
- f) multiinfarktová **demence** (více malých nebo jeden velký infarkt)
- g) leukoaraióza (hypertense, spasticita, **epilepsie**...)
- h) CADASIL (v podkorové oblasti u pacientů 30-40 let s horší prognózou)
- i) mozková amyloidní encefalopatie (obvykle mnohočetná drobná krvácení u starších pacientů)
- j) venózní infarkt (onemocnění žilních řečišť)
- k) Moyamoya onemocnění (neznámé progresivní onemocnění CNS v dětském věku)
- l) hemoragie (krvácení v hloubce struktur CNS)
- m) krvácení u novorozenců (u předčasně narozených)
- n) krvácení u dětí nar. v termínu (poporodní trauma)

U akutní hypertensní encefalopatie se v souvislosti s diferenciální diagnostikou, přídatných komplikací, dostávají navíc ještě mitochondriální myopatické stavy, které postihují dospívající kolem patnáctého věku života; mohou však nastat kdykoliv a doprovází je porucha růstu, epileptické záchvaty, bolesti hlavy, rovněž nausea, hemiparéza a další klinické obtíže, jako například samostatný status epilepticus, při rozšířené komplikaci pouze tímto, ložiskovým směrem. (*Viz tamtéž, str. 136*)

Tyto již odborné poznatky sem vkládám pouze proto, že jejich výskyt v praktickém poradenství bývá častý a celková orientace v daném okruhu problémů, s nimiž nás klienti seznamují není na škodu, jestliže ji evidujeme a pro klienta dokážeme alespoň komentovat pochopením obtíží, které zažívá sám v souvislosti s některou psychickou problematikou, nebo ve vztahu k rodinnému příslušníku, u kterého se psychické projevy manifestují odtud vzniklou duševní poruchou.

Klientka (51 let, manžel, pre-senilní demence)

Během krátké konzultace o dvou setkáních jsem požádán, abych se pokusil referovat stran obtíží, kterými trpěl jako hypertonický pacient její 58-letý manžel. Léky bral nepravidelně, měl trvale již posledních pět let zhoršenou náladu, ztrácel chuť do života a k tomu se přidávaly žilní komplikace ve spodních částech nohou. Jeho obtíže spočívaly v tom, že mu vypadávala jména členů rodiny a občas i zapomínal splňovat činnosti na kterých se pro daný den dohodli. Doporučil jsem více se podílet na sdílení jeho obtíží ze strany ostatních členů rodiny, poskytovat pozitivní komunikaci, s důrazem na to, vyvarovat se moralisování nebo zastrašování typu: *když nebudeš poslouchat rady lékaře, bude to jenom horší*. Navrhnul jsem predikovat ve smyslu: *společně to zvládne* a pokud je to jen trochu možné, tak manžela autem brát např. na výlety do přírody. Rodina se zapojila.



§2. EPILEPSIE

Onemocnění, o kterém zde budu referovat je známé již několik tisíciletí. Přesto se doposud nepodařilo zcela konkrétním způsobem a zejména v obecné rovině přístupu k léčbě, odborníkům jeho obsah analyzovat a poskytnout těm, kdo touto nemocí trpí definitivní obrat směrem k odstranění všech provázejících jevů.

Klient (40 let)

Přijímám ke spolupráci pana Zdeňka. Po prvním telefonickém dojednání úvodního termínu naší konzultace poznávám drobně vyhlížejícího muže s astenickými rysy. Bez otálení mi sděluje, že se již devět let potýká s mírnou epilepsií. Projevuje se tím, že i několikrát během měsíce tak zvaně zaflambuje, to je, že na velmi krátkou chvíli ztrácí celkovou orientaci, ve tváři má zjevnou křeč připomínající něco jako úsměv, má rychlejší, i když prohloubený dech a po těch několik desítek sekund, co epileptická expozice probíhá skoro nevnímá okolí. Naučil se daný stav řešit tak, že v okamžiku, a to vždy jen několik sekund před příchodem ataky, si sedá a dívá se na jakékoli pevné místo vedle sebe (nejlépe do zdi). Pan Zdeněk je oproti jiným epileptikům, které jsem do té doby poznal na nejrůznějších pracovištích, výborně zorientován, vystudoval mj. VUT a v současné době pracuje v soukromém ateliéru návrhářů. Důvod pro který mne navštívil měl zcela prostý obsah. Pan Zdeněk se seznámil s ženou, s níž by rád už zůstal napořád, ovšem obával se, že by jejich vztah mohl záhy skončit, pakliže by jí, jako v předešlých známostech, sdělil své obtíže. Jeho odhodlání udržet si tedy současnou partnerku, pro zjevné sympatie, které k ní choval bylo na místě a na mne doléhal stín odpovědnosti, pakliže bych k takové spolupráci dal souhlas. Prozatím, z důvodu jen občasných schůzek nemusel mít obavy, že by se jeho, byť mírná epileptická expozice, dostavila v nevhodný čas.

Probrali jsme jeho kontakty s odbornými pracovišti, medikaci a další podrobnosti. Při druhém setkání pan Zdeněk zaflamboval u mě v pracovně. Bylo to ke konci naší konzultace, kterou jsme protáhli o další hodinu, během které se položil na zem, obložil polštáři a na krátko i usnul. Vzhledem k tomu, že bydlel jen několik minut od místa, kde jsem přijímal tehdy klienty, dohodli jsme se, že budeme nadále, všechny konzultace provádět u něj doma.

Na spolupráci jsem tedy přistoupil. Rozebírali jsme veškerou jeho osobní historii. Pan Zdeněk byl psychoanalytickým klientem. Založené konflikty střídali nejrůzněji modifikované naděje, zklamání a zejména ústřední téma žít v rodinném kruhu milujících. Po měsíci se podařilo, že pan Zdeněk, připraven našimi konzultacemi při jedné procházce, kdy už bylo, dle jeho slov zřejmé, že se jeho nová partnerka do něj zamilovala, sdělil své obtíže, aniž by situaci jakkoli dramatisoval a dále vše příliš analysoval. Jednoduše řekl, že má občasné epileptické stavy v mírných projevech, které mnohdy ani okolí nezaznamená a že se staly už patrně nadobro jeho součástí života. Jeho partnerka se zachovala nadmíru lidsky. Její odpověď bylo: *Cítíla jsem, že spolu budeme asi zažívat nějaká společná tajemství, tak aby bylo hned od začátku jasno, nepřekvapuje mne to a není to pro mne důvod, abych na svém postoji k nám dvěma cokoli měnila.* Pan Zdeněk se přiznal, že jen sotva zadržoval slzy, když se po tomto sdělení partnerky, láskyplně objali.

Dalším naší tématem tak potom bylo, jak pročistit ostatní, za léta jinak nasbírané nesrovnalosti, stran založených konfliktů pana Zdeňka. K tomu stačilo několik běžných terapeutických rozhovorů, relaxačních cvičení a také posilující návštěva s partnerkou. Tím, jak se jejich stav vyvíjel, nebylo nutné dál postupovat jinými kroky. Nutno přiznat, že paní Jiřina, na mne udělala svým přístupem vskutku dojem, který si pan Zdeněk zasloužil.

Epilepsie pana Zdeňka byla neznámého původu. Poškození hlavy úrazem, psychická nevyrovnanost, léze v oblasti CNS či jiné abnormality neměl. Co se braní léků týkalo, převažovala u odborníků hypotéza, že spadal svojí diagnózou do užší skupiny tzv. farmokorezistentních epileptiků, tedy těch pacientů, kteří nijak zvlášť nereagovali na poskytovanou farmakologickou léčbu. Že se však jeho epilepsie řadila do kategorie neurologicky podmíněných bylo po dlouhodobém klinickém sledování jeho zdravotního stavu zjevné. Kombinace autoimunitní a neznámé etiologie bývá v podobných případech častá. Pan Zdeněk netrpěl dokonce poruchami kognice, neměl ani psychomotorickou agitovanost. V jeho intimním životě se epilepsie nijak nepodepisovala na ztrátě libida a tak podobně. Nejednalo se tedy v žádném případě o stav, kdy by se klient s epilepsií např. u tak zvaného typu grand mal, měl během epileptického záchvatu zmítat v křečích s myoklonickým efektem a pěnou u úst po zemi. Spíše se jednalo a specifický projev typu petit-mal.

Pouze jedna okolnost byla u pana Zdeňka mírnou hrozbou pro jeho budoucnost z pohledu psychiatrie, a to schopnost organismu celému tomuto stavu odolávat s tou houževnatostí, s níž doposud vše zvládal. Doporučoval jsem, aby v této věci bylo vše jasně vyřčené a jakýkoli závan neochoty vpravovat se do denních aktivit bezprostředně konzultovat s partnerkou, popřípadě se kontaktovat se mnou, nebo kýmkoli, kdo by byl schopen v takových náznacích rozpoznávat možnost rozvoje predepresivních stavů. Zachovávat si základní dynamiku pro životní elán, který panu Zdeňkovi nechyběl, to bylo, z mého pohledu, pro jeho celkovou spokojenost v životě patrně zásadní. Jinými slovy, neustále se zajímat o nové vyhlídky, být v kontaktu s perspektivami a popřípadě také realizovat kariérní růst a tak podobně. V otázce rodinného soužití byla u něj věc nastavená tak, že po roce a půl, od našeho setkání, vyženil dvě krásné dcery.

Klientka (32 let)

Jeden rok společných konzultací jsem strávil s maminkou tříleté dcery, který trpěla občasnými petit-mal epileptickými záchvaty. Manžel, otec dítěte je opustil. Podle klientky, ať měl výmluvy, jaké chtěl, měla jistotu, že to bylo kvůli zdraví jejich dcery. Jak znám podobné případy, bývají to zpravidla muži, kdo podobné zátěže ne vždy zvládají a rodiny opouští, a to stejně tak, při poruchách mentálního vývoje (např. Downův syndrom), které se i zde začínaly projevovat jako přidružená komplikace.

Paní Alena a její dcera Klára se k sobě chovali velmi vstřícně. Evidentně si rozuměly a klidný přístup maminky měl všechna pozitiva, dopadající na spokojené dětství, které tak Klára mohla, v rámci svých možností, vedle ní zažívat.

Zadání, pro které jsme se scházeli mělo jediný důvod, vyrovnat se s odchodem manžela a dál posilovat samostatnost v péči o dceru. Občasné stavy smutku, až apatie, projevované nepořádkem v domácnosti, stejně jako tendence k plačtivosti paní Alenu znepokojovaly. Navrhoval jsem kontaktovat se více s rodinami, nebo organizacemi, kde by bylo možné Kláře poskytnout sociální vazby se stejně postiženými vrstevníky. Tomuto životnímu stylu se paní Alena vehementně bránila. Sama totiž zápasila s tím, být stigmatisovaná, až do této míry s postižením vlastní dcery. Její stanovisko jsem plně chápal. Přesto jsem doporučoval adaptovat se na danou situaci a neobávat se o sebe, ale poskytovat tímto přístupem pohodlí její dceři, o kterou zde běží přednostně, aniž bych do poukazu vkládal moralizátorské invektivy. Vše bylo nutné ošetřit mírností slova a trpělivostí vyslechnout i všelijaké předpojatosti, kterými se paní Alena jen stěží vyrovnávala s celou situací. Přesto se nám podařilo, při ročním sledování psychických stavů Kláry, stejně jako po konstatování ošetřujícího lékaře, nabýt perspektivních výhledů, neboť se její epilepsie prozatím nezhoršovala.

Podobně, jako u pana Zdeňka měla Klára, byť byla ještě dítětem, stejný etiologický základ epilepsie. Docházelo rovněž u ní k nevyrovnané komunikaci mezi tak zvaným inhibičním a pre-synaptickým neuronem, na bázi dysfunkčních hodnot, a to specificky v produkci gaba-amino-máselné kyseliny. (*Viz, Uhrová, Roth, str. 715*)

Jak zejména autoři psychiatrických a neurologických studií (*viz výše, str. 722 an*) poukazují, je mezi epilepsií a psychickými poruchami určitá propast. Ta spočívá v tom, že se odborníci zaměřují na primární záchvatové obtíže a již méně pozornosti věnují obtížím psychickým. Svoji roli zde hraje rovněž pacient sám. Dost na tom, že trpí epileptickými záchvaty. Řešit vedle toho ještě stigmatizační problémy psychologicko psychiatrické je tak pro mnohé téměř neřešitelný úkol, což někdy sami klienti nakonec dovozují i tím, že své výkyvy nálad a jiné obtíže zamlčují. Konečně, pokud i přesto klient s epilepsií vykazuje známky deprese, jsou potom tyto interpretovány jako „přirozená součást epilepsie“ a dále už jí nebývá věnována taková pozornost jako u ne-epileptických klientů. Přitom deprese těchto pacientů mohou a mívají často chronisující průběh, klienti se s nimi většinou rychle ztožňují, neboť jim pomáhají, na úrovni smutku, „zvládat“ vlastní epileptické problémy, čímž se stávají dystimní složkou v souhrnu celkového obrazu manifestované nemoci.

U pana Zdeňka se taková okolnost nepotvrdila a u malé Kláry bylo prozatím příliš brzy na to, aby se podobné prognózy staly předmětem klinického zájmu.

Za obecně klinicky doporučované psychoterapie jsou dnes poskytovány zejména KBT (s nároky na specifika určená pacientům s epilepsií), dále psychoanalýza nebo gestaltterapie. Důraz je dáván na rozpoznávací faktory příchodu epileptického záchvatu, zvládnání jeho průběhu, potom také na řízené zpracování negativních emocí ve spojení s epilepsií, stejně jako úprava životního stylu.

V současnosti jsou rozeznávány epilepsie:

- a) temporálního laloku
- b) frontálního laloku
- c) parietálního laloku
- d) okcipitálního laloku
- e) **inzulární epilepsie**
- f) generalisované záchvaty dětí, kryptogenní epilep.
- g) status epilepticus
- h) farmakorezistentní epilepsie
- i) pseudiepilepsie po psychicky náročných situacích
- j) epilepsie po mechanickém poškození CNS
- k) epilepsie jako sekundární znak organ. duš. poruch

Jak z předloženého výčtu, který vzhledem ke specializačním nárokům neuropatologie není zdaleka vyčerpávající plyne, potvrzuje se u mnohých epilepsií, že jsou vyjádřením také určitého přetížení psychiky, kdy se CNS takovému stavu brání převedením energie do fibrilačního stavu projeveného v neuro-motorické aktivitě, tedy, hovoříme-li zde zejména o tak zvaném grand-mal průběhu, který se manifestuje viditelně křečovými záškuby, často celého těla. *Epilepsie má zpravidla genetický základ.*

Klient (22 let)

Poznávám sympatického pacienta jedné brněnské neurologie, který prodělal chirurgický zákrok se zjevným úspěchem. Velké epileptické záchvaty pominuly a nyní se může věnovat, v rámci svých možností více méně normálnímu životu. Chodí do zaměstnání, má přítelkyni, s níž jezdí na dovolenou do nedalekého lesního prostředí a postupně si realizuje i kariéerní život v oblasti zřizování prodejny se sportovním zbožím. Dříve pravidelné návštěvy komunity stejně diagnostikovaných pacientů, kde má i několik vrstevníků, absolvuje nyní už jen s přestávkami. V celkovém nastavení k tomu, aby dbal rad odborníků je motivován bez výhrad.

Pavel byl posluchačem našeho semináře. S jeho svolením, za které s úctou děkuji, zde tedy mohu jeho příběh uveřejnit. Všechno začalo už v dětství, kdy se vlivem patrně dědičných stavů (po dědečkovi z otcovy strany) u něj objevily, přibližně v deseti letech, první synkopy. Jelikož se jejich průběh zhoršoval až do úrovně grand-mal, byla po dlouhých vyšetřeních navrhována, v 17-ti letech chirurgická terapie. V jiném případě by panu Pavlovi hrozila úplná invalidita. Co však našeho klienta trápilo, tak značně zanedbaná školní docházka, kterou v podstatě ukončil v šesté třídě, i když se rodiče snažili asistovat při výuce a pedagogové rovněž poskytovali vstřícnost těmto snahám, co jen to bylo možné. Pokud to bylo pro Pavla jen trochu schůdné, četl si alespoň školní knížky a samovzdělával se v nejrůznějších oborech. Tato snaha mu poskytla alespoň tímto způsobem rozvíjený rozměr vědění, i když nejslabší stránkou jeho psychiky, byla paměť a schopnost déle se soustředit na čtený text.

Po operaci se jeho psychický stav rychle zlepšoval, paměť se srovnávala s potřebami dlouhodobé evidence zaznamenávaných informací, logická schopnost s nimi pracovat se rovněž rozvíjela zdárně, a tak mohl do půl roku začít dohánět školní povinnosti. O dalším vzdělávání, vzhledem k rychlé unavitelnosti a doporučení po této stránce se v žádném případě nepřemáhat, prozatím nemohla být, ani řeč. Přesto Pavel pokračoval v samostudiu jako před tím a rychle zvládal i náročnější obory, jako matematika, geometrie, ale rád si pamatoval historická data, popřípadě plánoval rodinně obsah dovolené. Všechny tyto aktivity byly nyní již součástí speciálně pedagogické práce jinak při celkové neurologické rekonvalescenci a pan Pavel si vedl vskutku dobře. Když mu bylo 22 let, projevil zájem o náš zájmový seminář, a to čistě pro vlastní potřebu, studovat systematicky, pobývat v kolektivu, a to vše za současného zájmu o obor: *psychologie v poradenství*, kde by se dozvěděl i něco o sobě.

Jak sám dovozoval, výkyvy nálad ustaly, pouze tu a tam upadal do nepříjemných stavů, když se mu například zdálo, že prochází epileptickou atakou grand-mal, a to ještě někde na veřejnosti a druzí lidé se mu smějí. Takové a jiné, podobné sny *vyléčených* epileptiků jsem poznal i z dřívějších sdělení těchto klientů.

Pavlovi šlo studium v našem semináři výborně. Sám kvitoval jeho obsah a často jsme komentovali fragmenty jeho dobíhajících obtíží. Ty spočívaly v tom, že občas, než se plně probral ze spánku, tak míval halucinační záchvěvy. Jednalo se o hlasy, nebo i vidiny charakteristické tím, že se věci kolem něj pohybují nebo samovolně mění svůj tvar. Bylo tedy nutné, aby se poradil s psychiatrem, který mu nasadil po konzultaci s epileptologem příslušná antipsychotika. Šlo o to, že antiepileptika a antipsychotika mohou spolu špatně komunikovat. V tomto případě šlo jen o přechodný stav, který se rychle doupravil a po roce a půl již nebylo nutné, aby pan Pavel antipsychotika dále užíval.

Naše spolupráce po třech letech skončila. Pana Pavla občas vídám, když se jdu projít parkem nebo do tišších ulic Brna. Zjevně se mu daří dobře i když si všímám, že jej vídám samotného, bez doprovodu partnerky, nebo dítěte. Pouze dvakrát jsme se osobně kontaktovali a od té doby, co docházel na naše přednášky a praktika (asi 16 let nazpátek) prošel již několika depresivními fázemi a dvěma rozchody. Posteskl si, že *„nějak nedokáže fungovat v tandemu, aniž by neměl velkou potřebu trávit neúměrně mnoho času o samotě, což jeho partnerkám nevyhovuje a další nešťastnou takto dělat nehodlá“*. Vzdělává se čtením knížek, dojíždí na svoji chalupu po rodičích a věnuje se rybolovu. Jednou měl silné bolesti hlavy a vylekal se, zda to není ozvukem návratu dřívějších obtíží. Lékaři jej uklidnili stran toho, že se takové jevy mohou občas vyskytnout, ale obávat se nemusí. Na lékové podpoře stran epilepsie, však už musel zůstat natrvalo.



§3. DIABETES MELLITUS

Vzhledem k celosvětovému epidemiologickému výskytu, se budeme nyní více zeširoka věnovat tomuto tématu. Už fakt, že na nejrůznějších úrovních zahrnuje věkové skupiny od nejmladších, kojeneckých pacientů, až po seniory ve vyšším věku, nám dává na srozuměnou, že se jedná o nemoc, která bude poskytovat širokou paletu obtíží také v oblasti psychických zátěží a s nimi spojených diagnos.

Pro odborníky jsou důležitými *klinický výzkum a evidence diabetu* v těchto souvislostech (výběrem témat):

- a) patogenese a průběh diabetu 1. typu a 2. typu
- b) fyziologie glukoregulace
- c) struktura Langerhansových ostrůvků
- d) sekrece inzulínu
- e) glukagon
- f) inkretiny
- g) metabolický syndrom u DM
- h) genetika
- i) fyzická aktivita a diabetes
- j) léčba
- k) dyslipidemie
- l) obezita a diabetes
- m) ***diabetes a hypertense***
- n) hypoglykemie a hyperglykemie
- o) chronické komplikace diabetu ve vnitřním lékařství (neuropatie, kardiomyopatie, gastroenterologie, pohybový aparát či choroby pankreatu, jaterní komplikace, kožní onemocnění, nebo i osteoporóza, spánková apnoe, Alzheimerismus...)
- p) infekce
- q) těhotenství
- r) transplantace
- s) ***diabetes a epilepsie***
- t) štítná žláza
- u) péče o dětské diabetiky

Jak lze tedy nahlédnout (*viz, Pelikánová et al.*) nemoc diabetes mellitus tak zahrnuje vlastně komplexní průřez vnitřní medicínou a ovlivňuje nejen zdraví pacienta, ve více úrovních, ale stejně tak má dopad na přístupovou medicínu, tj., všímá si možností specifických postupů při jednotlivých zákrocích, jež jsou nuceny diabetického pacienta respektovat, a to zejména vzhledem ke zvláštním nárokům, které si jeho diagnosa vyžaduje.

Pro diabetes prvního typu je charakteristické, že se rozvíjí z důvodu ztráty autoimunitní aktivity tak zvaných B buněk uložených v Langerhansových ostrůvcích pankreatu a tato ztráta má zejména geneticky podmíněné důvody u predisponovaných jedinců. Zkoumána je působnost dvou genů, které se na vzniku diabetu významně podílí, jsou to: tak zvaně hlavní histokompatibilní systém člověka (HLA), kterým se interpretuje až polovina předávaného diabetu v generaci a inzulinový gen, (INS), který byl detekován v roce 1980 (*viz, tamtéž, str. 78-79*).

„Minulých 15 let probíhala studie TRIGR, která testovala, zda je možná prevence ostrůvkové autoimunity a diabetu pomocí eliminace bílkovin kravského mléka z časně dětské výživy. Kravské mléko se liší od mateřského nejen koncentrací proteinů, ale hlavně přítomností bovinního inzulinu, který se od lidského liší ve třech aminokyselinách. Rovněž vzhledem k propustnosti kojeneckého střeva nebylo vyloučeno, že mohl imunizovat a nastartovat autoimunitu proti B buňce. Menší předchozí retrospektivní studie případů a kontrol ukázaly, že vysoký příjem kravského mléka byl spojen násobně zvýšeným rizikem diabetu. Velká intervenční studie TRIGR však nepotvrdila, že by také používání hydrolyzátu bílkovin kravského mléka mělo jakýkoli protektivní efekt proti ostrůvkové autoimunitě či diabetu.“ (Tamtéž, str. 85) Studie tohoto typu se provádí již řadu let a mají vysoký význam pro úpravy, zejména individuálních léčebných postupů.

Jiná studie, která byla v souvislosti s příjmem mléka a jeho návazností na diabetes (druhého typu) prováděná, potvrdila, že se mléko na rozvoji diabetu podílí rovněž působením na kardiovaskulární onemocnění. Jednalo se však o predisponované pacienty s nadváhou. (Viz *Edelsberger, str. 107*)

Diabetes druhého typu představuje pak onemocnění, které je vyvoláno životními návyky, a z něj pocházející metabolické poruchy, charakteristické zvýšenou hladinou glukózy v krvi a je rezistentní na inzulin. Tvoří většinový počet „cukrovkářů“ v populaci a na jejím vzniku se významně podílí rovněž stresové faktory. Velmi zjednodušeně se dá říci, že tento druh diabetu je vyvolán potřebou organismu reagovat na stresory vytvářením energetických zásob v podobě cukru (někdy se užívá rovněž označení, a to jako: *poplachový diabetes*), který ovšem zůstává dále v krvi nezpracován a zahajuje řadu zdravotních komplikací (cévní a žilní onemocnění, odtud hypertensi, popřípadě také neurologické defekty v podobě svalových poruch, malátnosti, anebo pseudo-epileptických záchvatů a mnohých dalších, viz uvedený přehled a)...u) výše).

Klientka (61 let)

Už při telefonické objednávce ke konzultaci jsem nabyl dojmu, že se bude jednat o klientku s dalšími doprovodnými komplikacemi. Její řeč se vyznačovala pomalostí, přestávkami na polykání a dlouhými povzdechy. Do pracovny přijímám ženu se značně utrápeným výrazem ve tváři. Několik let se léčí na deprese, které se občas ustalují v přijatelnějším zvládnutí, kdy může zase chodit do práce, nebo s přáteli na vycházky. Dle jejích slov, zalékování dodržuje, neboť vnímá, že je jí ku prospěchu. Osmiletá kariéra této depresivní klientky měla neblahé pozadí. Manžel kvůli alkoholové situaci, kterou u sebe nezvládal před deseti lety spáchal sebevraždu. Děti už měly

dospělé, dcera a syn. Zůstala v domku na vesnici ovšem úplně sama. K dalšímu vztahu se nikdy neodhodlala. Celkově cítila, jak jí za poslední měsíce odchází síly. Několikrát myslela i na vlastní sebevraždu, ale jak podotkla, nemá na ni odvalu. Její ošetřující lékař, psychiatr jí několikrát nabízel terapeutická sezení ve skupině, ale to odmítá. Během našeho rozhovoru sleduji, jak s námahou polyká a vytrvale upíjí po malých dávkách vodu z lahve. Stěžuje si rovněž na občasnou malátnost, kterou dříve nepociťovala a domnívá se, že bude dobré tuto skutečnost probrat s lékařem, který jí předepisuje antidepresiva. Ten už jí před necelým půlrokem sdělil, že by bylo vhodné nechat si udělat komplexní vyšetření i s odběrem krve a moči. Jak s povzdechem tvrdila, prozatím neměla na takovou akci dostatek času. Tento moment jsem nechal bez komentáře. Když klientka po asi padesáti minutách chtěla vstát, abychom se rozloučili a podali si ruce, zamotala se jí hlava i s chvilkovou ztrátou zraku. Usazuji klientku zpět a nechávám ji, ať ještě chvíli posečká a pije vodu. Mezi tím jsem se dotázal, zda se jí podobné závratě a nevolnosti nyní dějí častěji. Potvrdila, že vlastně denně přichází nějaká taková okolnost. Požadavek, aby si nechala udělat komplexní vyšetření jsem se odvážil na doporučení, které už dostala, zopakovat.

Po třech týdnech klientka přichází opět, tentokrát už s prvními výsledky. Má diabetes druhého typu, vysoký krevní tlak a náznaky srdeční arytmie. Vše se bude dále potvrzovat nebo vyvracet, tak jak se kontrolní dodatečná vyšetření budou odvíjet novými směry. Chválím klientku za rychlou reakci stran vyšetření, která podstoupila. Jak sama dovodila, necítí se nijak lépe, ale vědomí, že se sebou začala něco dělat ji těší. Za tuto poznámku jsem rád, neboť poukazovala na schopnost sebemotivace, i když výsledky nebyly právě příznivé. S paní Jarmilou jsme se vídali nepravidelně asi dva roky. Během celé doby se postupně dávala dohromady. Všechny hodnoty

změnou životosprávy upravovala a její stav, jak po fyzické tak po psychické stránce se zlepšoval. K úplné úzdravě byla sice menší naděje (tlak a diabetes), ale i tak myšlenky na sebevraždu zcela vymizeli a naše komunikace se nesla v duchu popisu drobných úspěchů, které sestávaly z toho, co a jak v denních činnostech klientku těšilo, s kým se setkala, co nového si opatřila do domácnosti a tak podobně. Pozvolna naše spolupráce pro paní Jarmilu nebyla nutná a konzultace řídly. Když jsme se po nějaké době opět náhodně setkali, měl jsem před sebou sebevědomou dámu, která se těšila z přízně přátel, pro které v soukromém kruhu jejího domu pořádala setkávání, čímž naplňovala dny a radost sdílení. Antidepresiva si mohla dovolit již nepobírat. Avšak léky na tlak jí byly každodenní součástí. S diabetem zápasila, dle jejích slov kolísavě. Jak s nadsázkou říkala: *cítit úlevu od depresí a nemít se, jak odměnit, to přeci nejde...?!*

Významnou součástí u diabetu (1. nebo 2.) je neurologické vyšetření. Necitlivost končetin, zejména palců u nohou, svědivé efekty na povrchu předloktí a tak podobně mohou být důležitými pre-diagnostickými indikátory tohoto onemocnění.

„Pečlivé klinické neurologické vyšetření (neurologické screeningy při diabetu – pozn. AJ), je při diagnostice polyneuropatie velmi důležité. Byla již vypracována a je stále zpřesňována řada vyšetřovacích postupů s vytvářením určitých skórovacích systémů, které pak počtem bodů rozliší buď různé tíže postižení, nebo přítomnost či nepřítomnost polyneuropatie. Jeden dnes z nejznámějších vyšetřovacích postupů a hodnocení tzv. neuropathy symptom score vychází z hodnocení subjektivních příznaků (svalové křeče, pocity tuposti, také píchání, horka, chladu..., zhoršující se dotykem), kdy nepřítomnost příznaku se hodnotí 0, přítomnost 1 a zhoršení v noci 2, takže čím vyšší bodový součet, tím pravděpodobnější a závažnější neuropatie.“ (Viz, Pelikánová et al., str. 489)

Klient (44 let)

Pan Mirek měl cukrovku prvního typu. Od dvaceti let si aplikoval inzulin. Měl značná omezení v aktivitách. Unavitelnost jej stíhala den, co den. Za posledních dvanáct let mohl vykonávat pouze zaměstnání vrátného. V některých ohledech na sebe příliš přísný nebyl, kouřil a alkoholu (pití piva) se právě nevyhýbal. Nadváha jej prozrazovala. S léčbou psychických obtíží (generalisovaná úzkost GAD) nepokročil, a tak již šest let pobírá rovněž anxiolytika, která doplňuje antidpresivy. Ke mně byl doporučen jednou naší kolegyní ze semináře.

Základní stížností byly výkyvy nálad a obavy o vlastní zdraví. Jak už to bývá, pan Mirek racionalisoval svůj stav slovy: *ano, vím, co mi je, vím, co bych asi měl proti tomu dělat, ale prostě mi to nejde*. Vedle toho si Mirek stěžoval také na bolesti ve svalech paží s tím, že někdy cítí, jako by měl dostat infarkt. Lékaři toto vyloučili a přiřkli jeho obtíže doprovodným fenoménům diabetu. Vedle toho, když usíná, stále toto doprovází nepříjemné několika minutové svědění kůže.

Zcela bez odkladu jsem panu Mirkovi sdělil, že budu ochoten se jeho problémům věnovat, pokud bude svolný ke spolupráci. Ta měla spočívat v tom, že bychom hledali motivační zdroje ke změně životního stylu. Souhlasil a naše spolupráce mohla začít. První téma, kterému jsme se věnovali byly jeho úzkosti: kdy začaly, jak se vyvíjel jejich stav, až do současnosti, jak ovlivnily jeho postoj k sobě samému a k druhým lidem, jak působily a působí na jeho představu o kariéerním růstu, v jakém smyslu se podílí na jeho neutěšeném stavu v souvislosti s ženami (bezdětný, doposud nebyl ženat a těch několik krátkodobých vztahů nechtěl ani rozebírat), a tak dále. Jak sám dovozoval, většina jeho obtíží šla ruku v ruce s rozvojem diabetu. Začal si připadat méněcenný, a to jej dovedlo až do nynější situace. Rodinné prostředí ho nijak nepodporovalo. Všichni jeho obtíže vzali tak, že si za ně může

sám, i když jeho otec trpěl od mládí stejnými komplikacemi. Mladší sestra pana Mirka měla rovněž diabetes.

Úzkosti přetrvávaly po většinu dne. Klient projektoval jejich obsah do každodenní řeči, jakmile se jakákoli informace dala s úzkostí spojit. Pozitivní sdělení většinou téměř přehlížel. Začali jsme tedy pracovat na tomto problému. Panu Mirkovi jsem předkládal systémem *tematicko apercepčního testu* nejrůznější fotografie, např. lidí jako sedí u kávy na zahrádce, jak se koupou na pláži, jak chodí přírodou, a tak podobně. Zadání při těchto „hrách“ bylo, najít co nejvíce pozitivních momentů a okomentovat je. Nutno přiznat, že se i přes souhlas ke spolupráci, pan Mirek ze začátku hodně bránil tomu, aby v této hře pokračoval. Zvolna se dařilo klienta k této hře motivovat. Navrhl jsem panu Mirkovi také společnou vycházku parkem. Vzal jsem fotoaparát. Pod záminkou, že bych si chtěl udělat několik záběrů tamějších rostlin a zákoutí jsem během focení zmáčkl spoušť i v okamžiku, kdy to klient netušil, ale byl v hledáčku objektivu. Během cesty jsme si povídali o všem možném, a hlavně jsme pokračovali v pozitivním oceňování daného okolí. Pana Mirka tato hra zjevně bavila. Když jsem doma fotografie s ním patřičně upravil, stál jsem před rozhodnutím, zda mu jej nakonec ukázat, či ne. Přiznám se, že i moje zvědavost tentokrát zapůsobila mocně a fotografie, jednu po druhé jsem mu předkládal. Pan Mirek skoro oněměl. Doprovodil jsem vše krátkým sdělením: *i takto může vypadat někdo, kdo nevěří v krásu světa*. Fotky se mu tak zalíbily, že si jednu po druhé dával postupně na FB stránky, jen tak, beze slov. Přicházely lajky a jeho známí jej oceňovali. Náhoda, tento nápad nám poskytl již hotovou dálnici terapeutických možností. Klient mi důvěřoval a já věděl, že jsme na dobré cestě. Přestal kouřit, omezil pití, které jej nikdy nedohnalo, až k úplné závislosti a začínal uvažovat o novém zaměstnání. Po roce jsem měl před sebou člověka, který si vážil sebe samého a nebál se.

Musím přiznat, že encyklopedická znalost nejrůznějších témat, v souvislosti se zdravím mých klientů, jak po stránce tělesné, tak po stránce psychické mi vždy pomáhá k tomu, aby se přístup k jejich duševním obtížím opíral o konkrétní potřeby, které jsou z jejich aktuálního projevu nutné k uspokojivé úpravě. Tento postoj vždy zvažuji pouze z těch pozic, které jsou mi, jako školenému laikovi umožněny, jelikož ani v kontaktu s klienty, nehodlám vystupovat jako náhrada lékaře, spíše než doplnění základního klinického přístupu, kterého se jim dostává, naopak na příslušných pracovištích.

Tématem diabetes mellitus se náš, zde komentovaný okruh témat v podstatě uzavírá, anebo možná obráceně, také otevírá. Jestliže nabízím interpretaci k souvislostem diabetu s psychickými obtížemi, není možné se vyhnout konkrétním neurologickým znalostem.

„Diabetes mellitus a jeho metabolické důsledky ovlivňují nepříznivě strukturu mozku a jeho funkce, i když změny nejsou zpravidla tak nápadné jako ostatní chronické diabetické komplikace.

Epidemiologické studie ukázaly, že se při diabetu rovněž zvyšuje několikanásobně riziko vzniku ischemických cévních mozkových příhod. Dále z klinických zkušeností je známa možnost trvalého poškození mozku v důsledku hypoglykemie při předávkování inzulínem nebo PAD (perorální antidiabetika – pozn. AJ) se značně zvýšeným rizikem vzniku generalizovaných křečí. Hyperglykemie je provázena poruchami mozkového krevního průtoku a transportních mechanismů v mozkové tkáni. Chronické projevy mozkové dysfunkce při diabetu bývají velmi diskrétní a snadno uniknou pozornosti. Mohou se stát však závažnými v některých mimořádných situacích, a proto je také důležité na ně upozornit. Na jejich vzniku se kromě dlouhotrvající hyperglykemie mohou dále podílet různé patogenní jevy, jako je ateroskleróza mozkových cév, pak opakující se hypoglykemické příhody, uremická

nebo hypertensní encefalopatie, poruchy elektrolytové rovnováhy v mozkové tkáni a porušená hematoencefalická bariéra. Úsilí lékařů by mělo směřovat především k prevenci těchto komplikací nejen dosažením optimální metabolické kompenzace, režimovými opatřeními, ale i edukací diabetiků s možným vyloučením ovlivnitelných rizikových faktorů." (Viz, Pelikánová, et al., str. 529)

Většinu těchto výše uvedených faktorů, na které je zde upozorňováno, lze s klienty absolvovat v rámci preventivních opatření. Motivovatelnost, nebo lépe řečeno sebemotivovatelnost klienta je zde vždy zásadní.

Často si uvědomuji, že jakmile dojde ke spolupráci s klientem, tak se jeho sebemotivace opírá o vlastní Já. Co to ovšem dále znamená? Předně tolik, že si klient poprvé sahá na konkrétní vztah k sobě samému. Jednak se musí o část svého Já dělit se svým terapeutem a potom má samozřejmě výsadní právo na nějakou část svého Já, kterou si chce, stůj, co stůj ponechat pro sebe. Takový postoj je naprosto v pořádku. Pro klienta to ovšem znamená dostat se do bitevního pole boje motivů. Sdílet část svého Já s terapeutem, tak vedle toho představuje i přesto na tyto Jáské motivy si dělat nárok a terapeutovi je ponechávat s dáváním na vědomí toho, že mu je může kdykoli odejmout, neboť ještě pořád jsou to: *mé jáské motivy*, i když byly dány do prostoru terapie a staly se pracovními nástroji pro obě strany. Motiv pro terapeutickou spolupráci tedy zahrnuje také aktivity, které se domáhají motivů Ne-já. Ty jsou součástí přenosu. Jáské motivy terapeuta chtějí být napadány v prospěch vlastního Já klienta, neboli jeho ega. Jáský motiv se mění v ego, jakmile se vynoří nebezpečí sebe-prozrazení, popřípadě se naskytne nepříjemná vidina kontaktu se založeným konfliktem. Jakékoli Ne-já, a v tomto případě Ne-já terapeuta, které není Já klienta může být doměle bez-trestně pošpiněno, pošlapáno, dehonestováno, nebo vynášeno do nebes, podle druhu přenosové situace.

Upozorňuji na tyto terapeutické okolnosti zejména proto, že si uvědomuji ze strany klientů se somatickými obtížemi, že jsou více náchylní k podobně projevovaným emocím. Pracuji-li s klienty, kteří řeší běžné vztahové obtíže, jedná se nejčastěji o konstruktivní dialog, který postupuje ke stále otevřenější sebereflexi. Naopak u klientů se somatickou zátěží, jako je např. diabetes pozoruji mnohokrát nastraženost a předávání terapeutických nezdarů svému konzultantovi. Přičítám tento jev tomu, že tito klienti jsou nejčastěji v zásadě frustrovaní z chronicity svého onemocnění a jisté bezvýchodiskovosti, s níž je reálně nevléčitelnost jejich stavu spojená. Tudíž jedním z požadavků, jak s těmito klienty pracovat je, zahrnout do terapeutického programu rozpravy na adaptaci jejich stavu, i když nikoliv jako kapitulaci, ale v systémech hledání nových přístupů, změnami životního stylu. Staré sofistické určení, tuším že pochází od Marka Aurelia: *máš-li problém, změň k němu postoj*, by potom právě zde mohlo mít svoji plnou platnost, čehož se ve většině kontaktech s nimi držím a musím říci, že funguje vcelku spolehlivě. Konečně také zbavovat se obav dělat změny v životě, značí, nemít strach ze ztrát domnělých rituálů a přijímat odpovídající nástroje, pro novou kvalitu života. A to znamená nově vnímat, nově myslet, nově jednat, nově sdílet, nově přijímat, nově odmítat, nově cítit. V případě pana Mirka jsme z jeho platónské jeskyně vyšli ven, do reálného prostoru a nahlédli do nové skutečnosti. Pan Mirek se pojednou, *probuzen ze svého dogmatického spánku* chtěl stát její součástí. Nastala u něj lačnost po životě. Jeho Já se chopilo příležitosti. Diabetes a jiné zdravotní obtíže si sice u něj vesele chronisovaly dál, ale s již podstatně umenšenou útrpností, kterou si před tím ordinoval jako dogma. Tím se také dostavila ona, pro něj tolik potřebná odpovědnost, kterou bezprostředně vyjádřil hned několika kontrolními návštěvami u ošetřujícího lékaře. *Náš vnitřní svět je totiž pln slepoty.*



POUŽITÁ LITERATURA:

1. **Adamec J.**, *Soukromý archiv záznamu konzultací*, Brno 1990-2020.
2. **Brázdil M.** et al., *Farmakorezistentní epilepsie*, Praha 2011.
3. **Edelsberger T.**, *500 klinických studií v diabetologii*, Praha 2009.
4. **Semple D.** et al., *Oxford Handbook of Psychiatry*, Oxford, 2019.
5. **Pelikánová T.** et al., *Praktická diabetologie*, Praha 2018.
6. **Seidl Z.** et al., *Diagnostická neuroradiologie*, Praha 2018.
7. **Uhrová T.** et al., *Neuropsychiatrie*, Praha 2020.
8. **Widimský J.**, *Hypertenze*, Praha 2019.

***Pokora, odpuštění,
mlčení a naslouchání...***

© Jiří Adamec

HYPERTENSE EPILEPSIE A DIABETES V PORADENSKÉ PRAXI

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie

Neprodejný výtisk.

2021

A6, 100 výtisků

ISBN 978-80-87234-107-X