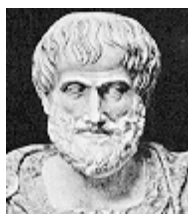


JIŘÍ ADAMEC
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA
PSYCHOLOGIE A PORADENSTVÍ V PRAXI

Jiří Adamec



Brno 2020

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

PSYCHOLOGIE A PORADENSTVÍ V PRAXI

Jiří Adamec

Brno 2020

© Jiří Adamec
Filosofický seminář – katedra teorie
ISBN 978-80-87234-97-6

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

*V některých případech je tělo
zajatcem mozku*

ODKAZY NA RYCHLÉ VYHLEDÁVÁNÍ POMOCI (stav k 2020)

Rozcestník organizací zabývajících se RS

<https://www.msrehab.cz/kontakty.html?region=10>

Praha

<https://www.ereska-aktivne.cz/>

Celorepublikově

<https://www.nfimpuls.cz/>

Brno

<https://www.roska-bm.cz/>

Brno

<http://www.mladisklerotici.cz/>

Kladno: on-line poradna

<https://www.erestymcr.cz/>

Olomouc

<http://www.mscentrum.upol.cz/index.html>

Ostrava

<http://www.roska-ostrava.cz/index.html>

RS – kompas

<https://www.rskompas.cz/>

Elektronické aplikace pro RS pacienty

<https://www.ulekare.cz/>

Regenerace a výživa – informační portál

<https://centrum-regenerace.cz/>

Hradec Králové

<https://www.fnhk.cz/neuro>

O B S A H

Úvod

§1. Neurologie a roztroušená skleróza

§2. Sigmund Freud, psychoanalýza a cesta
k roztroušené skleróze

§3. Roztroušená skleróza v raném záchytu
a diferenciální diagnostika

§4. Psychoanalýza a roztroušená skleróza, práce
s klienty v poradenské praxi

§5. Dva zahraniční zdroje k tématu roztroušená skleróza

Závěr

Předkládaná publikace je výsledkem studia odborné literatury a třicetileté konzultační praxe autora, který není lékařem, a ani se do této role nestaví. Proto je zde dáván důraz pouze na popis tématu s dílčími zkušenostmi při práci s klienty, jejichž psychické obtíže byly jimi samými v souvislosti s roztroušenou sklerózou rozpoznávány, a to jako vhodné, k jejich následnému rozboru, v rámci verbální podpory.

Ú V O D

Člověk je tvor, hledající své osobní štěstí. V naprosté většině je nachází ve zdraví, seberealizaci, vztazích a sdílení, nebo i drobných požitcích, kterými si sytí dny pro jejich lepší možnost prožívání, aby tak v pocitu spokojenosti mohl usínat a těšit se opět na další východ Slunce, a to, s optimistickým očekáváním přirozeného opakování takto nastavených kritérií svého bytí, své existence. U nemalé skupiny lidí se ovšem věc takto nemá. Jednoduše proto, že jejich zdraví si vybírá (možná) osudovou daň, i když nejčastěji, kdo ví, za co, jestliže ani lékař nenachází pro tento druh nemoci pevný bod obratu, jenž by určoval příčinu. Zůstávají prozatím jen náznaky, směry a zmírňování dopadů, prodlužování kvality života s beztak po čase progredujícím vývojem a celkovou ztrátou tělesné sebekontroly nad mnohými oblastmi fungování, najmě v oblasti pohybu, nadto doprovázeného často extrémní nebo trvalou bolestí svalů, únavou, nauzeou a dalšími, specificky individuálními deficity, překonávanými vyčerpávající vůlí nevzdávat se a žít dál. A tak, ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA je nemoc, která při zachování stávající a nejčastěji u vysoké míry inteligence, mnohdy také z ničeho nic, zaklepe na zdravé nitro člověka, aby se bez pozvání usadila v hlavním pokoji organického domu jeho těla a změnila jinak doposud klidný život jasně definovanou obavou o vlastní budoucnost. Za jak dlouho, či v jakém způsobu nastavení, za jakých tělesných útrap, o tom už se nezmiňuje. Je pouze tu a víc, se pak, mnohdy dělat nedá. Všechno, už je nadále věcí nekonečného experimentování, jak v oblasti farmak, občasně i ambulantního polehávání a „kapaček“, nebo i výzkumných programů,

kde se dlouhodobě pacient stává součástí bádání léků, pro lepší průběh nemoci, kdesi, snad, v blízké budoucnosti, a tak dále, a tak dále. Odpolední spánek se jednou stává denním standardem, vynechávání zaběhnutých činností jak by smet. Vše je podřízeno už jen všudy přítomné únavě, na kterou platí pouze vůle a téměř nic jiného. Dny jsou nevypočitatelně jednou dobré, to znamená s menší bolestí a s menší únavou, jindy jsou dny špatné, to znamená s většími bolestmi a s větší únavou. Týden v posteli je rovněž zcela normálním jevem. A třeba i týden s nauzeou, která občas přeroste v regulérní zvracení: tak, jako tak. Nejjistější se stává přítomnost, okamžik toho, „co právě jest“. Žít touto přítomností zůstává pak jediným smyslem. Mezi bolestmi a únavou nacházejí záblesky klidu, kdy veškeré toto utrpení poodejde, uklidní se a v tiché vzácnosti dopřeje tělu i mysli blaženého odpočinku, někdy minuty, hodiny, ještě vzácněji dny, nebo diamatově i nějaký ten týden, na který se potom vzpomíná jako na rajské chvíle, jež se stávají při návratu nepohody zdrojem opětného očekávání a nadějí.

Nemoc, jakou je roztroušená skleróza dnes umíme vcelku dobře popsat, ale nikoli ještě léčit. Neurofysiologie a psychika si zde podávají ruce v nejrůzněji šroubovaných patologiích. Tím je na mysli, že průnik roztroušené sklerózy směrem do psychických funkcí (její vliv na psychiku jako takovou) a s nimi souvisejícími tématy, jako je úroveň sebereflexe, motivovatelnost, zvládání psychických a tělesných zátěží, například už jen v běžné komunikaci s blízkými, prožívání čehokoli, to všechno jsou úskalí se specifickými obsahy, o kterých bude naše knížka pojednávat.

Jiří Adamec

§1. NEUROLOGIE A ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Nebudeme se mýlit, když vyslovíme následující poznatek: *všechny zdravotní problémy, kterými člověk prochází a týkají se jeho nervů, mají společného jmenovatele – myelin*. Přenos vzruchu nervovou drahou je základním problémem roztroušené sklerózy. Této možnosti se klientům s danou nemocí nedostává v takové míře, aby již nepůsobila symptomově a neovlivňovala kvalitu jejich života. *T-lymfocity, mikroglie, vynechávání myelinové produkce, záněty a destrukce axonových drah*. Tak to je zhruba základní neurologický problém, na kterém se nese roztroušená skleróza. Mozek, se této destrukci brání tím, že hledá pro vlastní fungování a fungování těla zbytky alespoň nějak aktivních center. Tím, že se však jedná nejčastěji o všelijak nahrazované neuro-fysiologické pochody, dochází k několika souběžným jevům: mozek spotřebovává nadměrně více dodávané energie (zejména vody, cukru), čímž oslabuje tělo, které tuto skutečnost vnímá jako únavu a v druhém sledu, myelinový a *axonální deficit* nejsou schopné dodávat zpětnovazební potenciály jak v CNS (autoregulací jeho činnosti) tak výkonným orgánům (svalům), čímž dochází k nociceptivním (bolestivým) efektům. Mozek na úrovni molekulární autoimunity tak zachraňuje, co se dá, aniž by se to pro svého nositele (pacienta) neobešlo bez patologicky známých projevů (bolest a točení hlavy, únava, kognitivní deficit – soustředivost a paměť, úzkostné a depresivní stavy, někdy krátkodobá desorientace časem a místem, zásadně vyšší náchylnost k onemocněním jako jsou nachlazení, dietní chyby – nauzea, a tak dále).

Nejčastěji se dnes v odborné literatuře objevuje termín „neuro-záněty“. Jedná se o molekulární ložiska gliových deficitů (šedé kůry mozkové), tak malého rozsahu, že jsou často zjistitelné pouze mikroskopicky. Ty ovšem mohou být dále lokalisovány na desítkách míst mozkové hmoty. Při chronické roztroušené sklerózy se pak mohou projevovat většími ložisky, nebo dokonce i ztrátou mozkové tkáně, podobně jako například u Alzheimerismu. Cytokiny, proteiny, narušení membránové aktivity neuroglií, to vše a mnohé další, se na molekulární a biochemické úrovni spolupodílí na vzniku roztroušené sklerózy. Roztroušené proto, že se ložiska poškození CNS nachází u každého pacienta na jiné úrovni rozložení v oblasti CNS a tím tak způsobují zcela individuální průběh nemoci. Tam, kde se zánět projevuje, dochází k nemožnosti toho, aby dané centrum mohlo vykonávat plně svoji funkci a pacient tento deficit, úměrně tomuto umístění pocítí jako reálný deficit v dané oblasti fungování. Souhrn těchto ložisek a jejich dynamika vlivu pak vytvoří celkový obraz zdravotních komplikací, jmenovaných jako *roztroušená skleróza*. Spuštění „programu“ zánětů se dále odvíjí jako chronisující stav. Má buďto mírný nebo progresivnější vývoj, který se však již, alespoň do dnes známými prostředky, nedá zastavit.

Roztroušená skleróza je proto tedy onemocnění, mající (z pohledu medicíny) doposud jen regulující vyhlídky na svůj průběh, nikoli na vyléčení. Výzkumy v oblasti tak zvané *imuno-patogenese*, jsou již řadu let proto vedeny mezinárodními týmy vědců, kteří se snaží nalézt optimálnější léčbu, nebo dokonce preventivní opatření, které by rozvoji roztroušené sklerózy zabraňovalo. Tudíž, základ

zdá se, patří zejména *zkoumání oligodendrocytu, antigennům a imunitě CNS*. Pakliže by se zejména zde našly vhodné prostředky k jejich následně účelnému řízení cílenou léčbou, další předpoklad na úzdravu z roztroušené sklerózy, by se významně přiblížil ke svému vyřešení.

Epidemiologicky a neurovývojově se výskyt roztroušené sklerózy objevuje častěji u žen. Celkový poměr se udává 2:5 (muži:ženy). Roztroušená skleróza spadá do oblasti civilizačních chorob, převážně postihující západní populaci, i když se celosvětově nevyhýbá žádnému etniku. Kromě toho, první diagnostikovatelné markery jsou udávány v rozmezí 20 až 40 let věku pacienta, a u geneticky předpokládaných, se dá již kolem 18 let a výjimečně i v nižším věku, vyzorovat reálná predispozice na základě shody biochemických rozborů se sledováním tělesných funkcí v jejich kaskádovitých deficitech. Zde se potom jedná o dlouhodobější pozorování pacientů i s genetickými předpoklady, které ovšem samy o sobě nemusí cestu k nemoci roztroušené sklerózy nikdy projevit. Jako první, zdá se v dějinách moderní medicíny roztroušenou sklerózu, ve smyslu *scleróse en plaques* popsal Jean-Martin Charcot (Freudův učitel neuropatologie při pobytech v pařížské nemocnici Salpêtrière).

Právě odtud budeme také my pokračovat s naším popisem, abychom si ukázali na některá nebezpečí, která mohou nastat, jestliže není případně dostatečně zmapována symptomatologie nemoci a dochází k tomu, že je základní diagnóza ve skutečnosti považována za pouze diferenciální, tedy přídatnou, někdy zcela mylně považovanou jako psycho-somatizační. Sigmund Freud nám může pochopit základy.



Beckův inventář úzkosti

	Vůbec	Mírně moc mě to nerušilo	Středně bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet	Vážně stěžím jsem to vydržel/la
	0	1	2	3
1. Mravenčení				
2. Pocit horka				
3. Vratkost nohou				
4. Nesch. odpoč.				
5. Strach/budouc.				
6. Zvratě/omdlení				
7. Bušení srdce				
8. Neklid				
9. Zděšení				
10. Nervozita				
11. Pocit dušnosti				
12. Chvění rukou				
13. Třes				
14. Strach o kontr.				
15. Namáh. dýchá.				
16. Strach ze smrti				
17. Panika				
18. Trávicí potíže				
19. Pocit omdlení				
20. Zarud. v oblič.				
21. Pocení				

Do jednotlivých polí na konci každého týdne po dobu tří měsíců zakřížkujte odpovědi a sledujte výsledné skóre. Úzkost může být spolu-indikátorem mnoha psychických obtíží blízce vázaných na tělesné komplikace, stejně jako může být součástí diferenciální diagnostiky, odpovídající na průběh již rozvinuté nemoci, kterou daný pacient léčí, nebo zmírňuje doporučenými postupy lékaře, jako je například roztroušená skleróza.

§2. SIGMUND FREUD, PSYCHOANALÝSA A CESTA K ROZTROUŠENÉ SKLERÓSE

Nemocnice Salpetriére na předměstí Paříže se v druhé polovině devatenáctého století vyznačovala pracovitostí a díky Jeanu-Martinu Charcotovi také vlídností přístupu k pacientům. Sigmund Freud zde mohl zahájit své rané studium „nervově nemocných“ v přímém kontaktu. Zde se také zrodily první náběhy jím později rozvinuté psychoanalýsy. Z popisů, které Freud publikoval proto můžeme bezpečně sestavit psychoanalytický model roztroušené sklerózy, který se rovněž, jako vedlejší proud stal výtěžkem stran toho, jakými neurologickými, ale i psychickými problémy pacienti prochází, jestliže je právě takováto nemoc postihne a je nutné čelit jejím nárokům.

To, co Freuda v daném okruhu témat zajímalo, byl vlastní podíl neurologicky zjistitelných faktů, tedy reálná neurofysiologie. Nutno připomenout, že průběh devatenáctého a první polovina dvacátého století významně zasáhly do rozvoje moderní lékařské neurologie. Cesta k pochopení hysterických jevů a neurózy s jejich variantami (například obsedantně - kompulsivní porucha, fobie), byly v samém počátku tohoto bádání. Zato však mnohé neurologicky (neuropatologicky) podmíněné choroby již pozvolna dostávaly i svá dnešní jména. Výsledek svých zjištění potom Freud vtěluje do příkladného a dodnes uznávaného článku s názvem: „*Několik úvah ke srovnávacímu studiu organických a hysterických motorických ochrnutí*“ (1893). K tomuto začátku Freudových neuropatologických studií, konaných u Charcota v Paříži, si dovolím využít možnosti, uvést následující citát, kterým se bezpečně uvedeme do našeho tématu.

(Charcot) na jedné straně vytvářel klinickým pozorováním chorobopisy a na druhé straně prokázal, že u daného typu stejně tak jako při forme fruste tvořila základ nemoci stejná anatomická změna. Je všeobecně známo, jakých úspěchů tato Charcotova anatomicko - klinická metoda v oblasti organických nervových onemocnění souchotin, roztroušené sklerózy, amyotropické laterální sklerózy atd. dosáhla. Často bylo zapotřebí dlouhá léta trvajících trpělivého čekání, než se u těchto chronických, k smrti přímo nevedoucích postižení podařilo prokázat organické změny, a jen takový chorobinec, jakým byla la Salpetrière, mohl umožnit pacienty sledovat a uchovat je k dispozici po tak dlouhá časová období. První zjištění tohoto druhu ostatně Charcot učinil ještě dříve, když měl k dispozici nějaké oddělení. Náhoda k němu během jeho studií přivedla posluhovačku, jež trpěla zvláštním třesem a kvůli nešikovnosti nemohla získat žádné místo. Charcot rozpoznal, že chorobou, jež trpí, je paralysie choreiforme, kterou popsal již Duchenne, o níž však nebylo známo, v čem spočívá. Tu zajímavou posluhovačku si ponechal, ačkoliv jej v průběhu léta stála malé jmění, pokud jde o klíče a talíře, a když konečně zemřela, mohl na ní prokázat, že paralysie choreiforme je klinickým výrazem roztroušené cerebrospinální sklerósy. (Sigmund Freud, *Sebrané spisy*, sv. 1, str. 31) Touto anatomickou změnou se ukázalo nedostatečné vodivé pole v průběhu (po dráze) nervových vláken, tedy myelinizační deficity, současně se vznikem drobných zánětů, volně rozestých po širším okolí, od svého původního ložiska výskytu. Demonstrace těchto chorob, se tak zpočátku prolínaly jako například *parkinsonismus* a *roztroušená cerebrospinální*

skleróza. To, co je však pro nás důležité, zůstává právě ve zmíněné části Freudem uvedeného popisu „*anatomic-kých změn*“ (myelinové deficity), které budou v dalším průběhu naší práce hrát důležitou roli.

Sigmund Freud v době, kdy začíná s praktickým studiem neurologie a neuropatie u Charcota samozřejmě o psychoanalýze neměl ani potuchy. Doposud nevytvořil jedinou hypotézu, která by o psychoanalytické metodě jakkoli referovala. Zato se zmiňuje o tom, že rozpravy s některými pacienty s neurologickým onemocněním naznačovaly po sérii takových sezení znatelné zmírnění jejich obtíží. Týkalo se to jak již zmíněných diagnós, tak i pacientů s takovým nervovým stavem, u kterých nebyly zjistitelné žádné anatomické či jiné změny a přesto se jejich psychický stav jevil jako neuropatologický. Tím potom Freud dochází k poznatku o psychosomatických obtížích hysteriků, kteří je demonstrovali podobně jako například pacienti s *roztroušenou sklerózou* nebo pacienti s *roztroušenou cerebrospinální sklerózou*, jde o vedlejší neurologický znak, kterým se tak patrně maskuje pravá, skrytá příčina jejich psychiatrického onemocnění.

V tomto bodu se Freud jednoznačně odchyluje od čistě neuropatologických výzkumů a vydává se cestou psychologie. Začíná pro něj být *téma prožitku* na místo neurofysiologických procesů a změn, zejména v oblasti chování pacienta, nosnější. Neznamena to ovšem, že by se neuropatologie nadále úplně vzdal. *Hystericky konverzní, tedy do somatické oblasti postižení převedená duševní porucha* je pouze, dle něj: *jinak vyjádřený problém nervového onemocnění, charakteristický převedením své podstaty z mozku na jinou část těla*.

Ze současné diferenciální diagnostiky nervových chorob je známé, že existuje nejvyšší procento uvedených obtíží jako jeden ze základních problémů, kterému se odborníci snaží co nejlépe porozumět. To, co se v rámci *roztroušené sklerózy* manifestuje, zvláště ze začátku jejího nástupu, aniž by tak ještě došlo k laboratornímu vyšetření, které ji teprve definitivně potvrdí je široké pásmo komplikací, jež mohou stejně tak indikovat jiné nemoci CNS, nebo jeho přidružených variant. Na tuto problematiku se blíže podíváme v následující části našeho pojednání. Výtěžek, který si z předchozího popisu můžeme jako důležitý odnést je ten, že roztroušenou sklerózu lze u lehčích průběhů dále zmírňovat lékařsky vedenou hypnózou, tak jak se tohoto úkolu často ujímal sám Freud, a stejně tak je bez problémů možné v souvislosti s jejím výskytem u klienta, který právě pro její mírnější průběh prožívá svoji životní realitu jako většina zdravých lidí, při psychických obtížích uplatnit klasickou psychoanalýsu. Z té se zde nejčastěji využívá technik výkladů snů, stejně jako práce s úzkostmi, depresí, neurotickými stavy, popřípadě také daseinsanalýsa či logoterapie, zaměřené zejména na filosofické otázky existence.

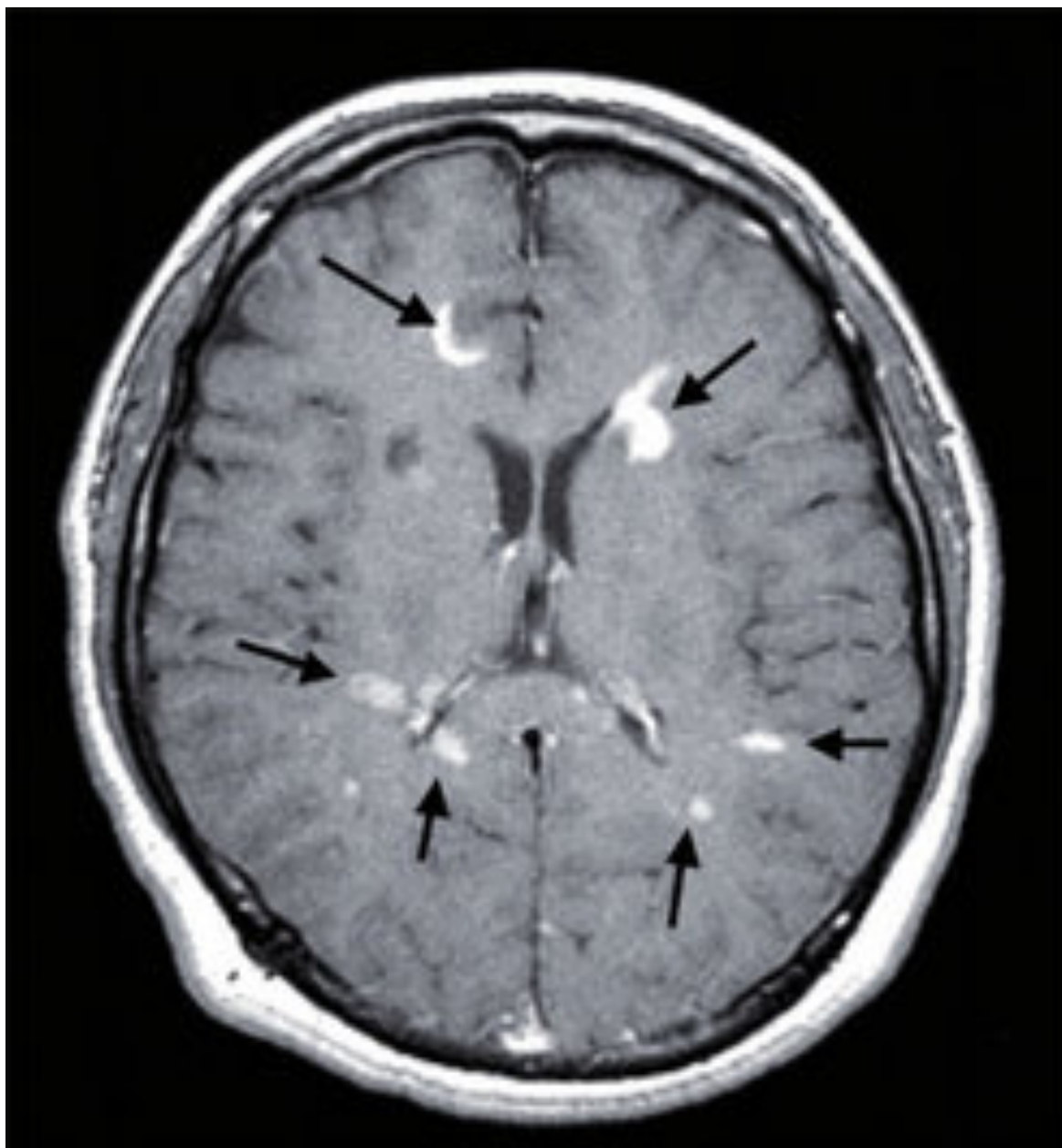
§3. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA V RANÉM ZÁCHYTU A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Podle současných autorů popisujících neurologicky podmíněná onemocnění se roztroušená skleróza řadí do skupiny autoimunitních a po-infekčních onemocnění (viz například J. H. Menkes et al., *Dětská neurologie*, sv. I, str. 787 an), kam spadají rovněž a zejména demyelinizační onemocnění v širším pásmu svého výskytu. Důvodů, pro

které se může demyelinizační program v organismu (v nervové soustavě) spustit je zde jmenováno přibližně 40. Na jednom z prvních míst je samozřejmě roztroušená skleróza, dále potom: optická neuritida, poinfekční cerebilitida, kmenová encefalolitida, HIV, rovněž deficit vitamínu B₁₂, otrava rtutí, fenylketonurie, mitochondriální onemocnění, nebo také cévní vaskulitida a mnohé další. Co je konkrétně důvodem jejich spuštění nebývá i přes snahu jejich pojmenování vždy dobře známé, stejně jako doposud neexistují podmínky k jejich plnému odstranění na dosažení úzdravy pacienta. Jména jako Cruveilhier, Carswell, Charcot, Wechsler nebo nověji Kabat, představují ty, kteří si všimli daného onemocnění, se svými typickými symptomy zejména u mladších pacientů jako byli dospívající a mladí dospělí. Podle Menkese (viz tamtéž), se mělo u těchto odborníků za to, že většinový (epidemiologický) výskyt roztroušené sklerózy spadá do období mezi desátým, až šestapadesátiletým věkem pacienta. Tento věkový rozptyl se s upřesňujícími poznatky v medicíně následně upravil tak, že v podstatě dnes zahrnuje období přibližně od kojeneckého věku do čtyřiceti let, kdy nejčastěji dochází k symptomovému propuknutí roztroušené sklerózy. Obecně platná kritéria pro stanovení diagnózy, roztroušené sklerózy, jsou v tak nízkém věku obtížná, neboť na základě očekávaných vývojových schopností sice lze pozorovat nízké deficity odchylek, ty však bývají přičítány nějaké odchylce mentálního vývoje, spadajícího do oblasti speciální pedagogiky a tudíž se dá jen vyčkávat na další vývojové změny, které by za teprve laboratorního vyšetření likvoru a prosvěcovací techniky, zejména MRI (magn. rez.) diagnózu potvrdily.

V souvislosti s vyšetřením, se zejména u predisponovaných pacientů s hypotézou na roztroušenou sklerózu sledují následující ukazatele: **1.** zejména tak zvané pyramidové příznaky (např. spastické obtíže v souvislosti s vyšetřením některých reflexních reakcí - noha, paže), **2.** parestesie, **3.** myelopatie, **4.** dysfunkce kmene, **5.** poruchy vědomí, **6.** ataxie, **7.** ztráta zraku, **8.** meningeální příznaky, **9.** křeče, **10.** afasie, **11.** extra-pyramidové příznaky (chůze, stoj, držení těla, motorika), a stanoví se mono-symptomatický, nebo popřípadě poly-symptomatický základ roztroušené sklerózy u konkrétního pacienta (viz Menkes, tamtéž, str. 807). V každém případě je samozřejmě, co nejčasnější (nejranější) záchyt roztroušené sklerózy sám o sobě vždy prvním predispozičním ukazatelem, schopným výrazně zpomalit masivnější rozvoj a nástup roztroušené sklerózy, jestliže jsou pacientovi poskytnuty, alespoň za stávajících znalostí tohoto onemocnění jinak všechny potřebné prostředky k jejímu zvládnutí, tak, aby se kvalita života pacienta, jak po stránce tělesné, tak po stránce psychické standardizovali, na co nejoptimálnější úroveň individuálního způsobu existence.

Výskyt roztroušené sklerózy se průměruje v podmínkách ČR v měřítku jeden pacient na stotisíc obyvatel. Toto číslo je vcelku vysokým skóre a proto se dá již hovořit také o civilizační chorobě (viz rovněž výše). Zahrnuje všechny lidské kultury bez výjimky. V psychologicko-psychiatrické úrovni výskytu se manifestuje nejrůzněji modifikovanými úzkostmi, depresiemi, popřípadě ještě dalšími obtížemi (viz J. Bednařík, *Klinická neurologie*, sv. I, *Část speciální*, str. 509, čl. MUDr. E. Havrdové).



*Roztroušená skleróza, Společnost Maxe Plancka
- internetový zdroj -*

<https://www.mpg.de/411133/forschungsSchwerpunkt#>

Jenže v souvislosti s diferenciací diagnostikou, mohou být často znaky, které jsme vyjmenovaly výše součástí i jiných, jak neurologických, tak ne-neurologických onemocnění. Věk v tomto případě často nehraje žádnou roli. Jak u dětského pacienta, tak u pacienta ve středním věku se mohou jednotlivé manifestace i zkušeným lékařem považovat za zcela odlišné symptomatologie, a to z toho důvodu, že právě u roztroušené sklerózy, a to jejím poly-dynamickým základem, vznikají důrazy na takové jevy, jejichž soubory nakonec odvedou pozornost jiným směrem. Třes rukou, ranní dezorientace, dyspraxie, bolesti hlavy, trvalejší křeče ve svalech, nesoustředěnost, výpadky paměti, netypická a trvalá únava, zhoršující se zrak...; pokud je pacientovi 40 a více let, není tak těžké považovat uvedené příznaky za presenilní nástup parkinsonismu a je zapotřebí teprve vyloučit, podle kritéria trvalého působení, tedy jen občasných atak, že by se právě o presenilní nástup parkinsonismu jednat mělo a zaměřit se na zcela jiný druh nemoci, jako právě z hlediska oprávněné hypotézy, v tomto případě, na roztroušenou sklerózu.

Diferenciální diagnostika je lékařský obor, který se snaží co nejrychleji vyloučit hypotézu diagnózy a stanovit diagnózu konkrétní, přesnou. Je to proces, kterému se všichni zdravotníci učí celý život, neboť žádný pacient není, co do znaků a průběhu nemoci, stejný. Můžeme se proto podívat na některé diferenciací manifestované znaky neurologických onemocnění, které se mohou jevit jako součást roztroušené sklerózy, stejně jako se mohou jevit jako svébytné, zvláštní manifestace, jestliže jsou součástí rovněž onemocnění jiného:

1. poškození mozkového kmene a prodloužené míchy, tedy mimo RS také jako poruchy prokrvení, nebo tumory...
2. poškození cerebella, mimo RS tedy i jako ataxie trupu v sedě, případně explozivní porucha řeči, nystagmus...
3. epidurální hematomy...
4. poškození míchy... (necitlivost končetin - prsty)...
5. možnost pouze laterální sklerózy...
6. poruchy spánku a dyskinese (záškuby nohou)...
7. poruchy řeči (tempo, artikulace)...
8. reálná demence (její nástup)...
9. poruchy smyslového vnímání (čítí)...
10. poruchy polykání..., poruchy mikce, defekace...

Takto bychom tedy mohli pokračovat k dalším nozologickým jednotkám, které mohou být, ale stejně tak nemusí být, součástí roztroušené sklerózy. Pro stanovení diagnózy proto funguje pouze vylučovací systém ve spojení se znalostí s již definovanou, čili známou diagnózou (viz také dále publikace: M. Mumenthaler et al., *Neurologická diferenciální diagnostika*).

Ze zkušenosti s klienty, kteří v rámci průběhu roztroušené sklerózy, jejich atak (přechodného, zato však významného zhoršování zdravotního stavu), které limitovaly pacientův každodenní život, lze mít ten poznatek, že sami na sobě, jako znepokojující, nejčastěji pozorovali ten fakt, že se dané obtíže jen málo kdy shodovaly, což bylo zpravidla „*vnímáno jako celkové zhoršení zdravotního stavu směrem do progredace*“. Fakt byl ovšem ten, že se jen diferencovaným způsobem, takto manifestují dílčí změny, schopné následné *autoimunitní úpravy*.

Právě tento moment, bývá nejčastějším otazníkem, který v sobě klienti s roztroušenou sklerózou nosí: *Jak proběhne příští ataka, s jakými obtížemi – bolestmi, druhem únavy se setkám příště, bude to ještě horší, než jak to proběhlo nyní, nebo se dočkám mírnějšího průběhu?* Co, tedy může ještě více, násobit pacientovy obavy o vlastní zdraví, budoucnost a život sám, než právě výše popsané stavy. Úzkost, deprese, nebo také pocit bezvýchodiskovosti a existenciálního zmaru, myšlenky na sebevraždu; tato nepřiliš vábivá směs pocitů a myšlenek se však stává každodenní, jednou vědomou, jindy podvědomou realitou, kterou si nevybírám, ale je prostě tady, v nejpřítomněji prožívaném čase, a to, v každém okamžiku tohoto bolestného bytí bez kompromisů. Psychoanalytický přístup je v mnoha ohledech účinným nástrojem, jak těmto jedincům pomáhat k překonávání překážek, jež se dostavují a zneklidňují jejich každodenní život. Ještě se k této problematice (viz níže) vrátíme.

Abychom dostali názvu této kapitoly, ujasněme si, že znalost diferenciální diagnostiky, a tedy vlastně maximálního rozsahu neurologické syndromologie a symptomatologie ve vztahu k neurologicky podmíněným chorobám, tento encyklopedický záběr jako jediný, může ve své strukturované podobě pomoci, k co nejvčasnějšímu záchytu *roztroušené sklerózy*. Tento diagnostický nárok ostatně náleží do celé lékařské praxe, co by její základní požadavek. Mnohdy, pokud i odborník ve vztahu k roztroušené skleróze mluví o její léčbě, tak přeci jen s jistou dávkou rezervovanosti, neboť je to v samé podstatě maximum, kterého lze dnes dosáhnout, což ovšem neznamená, že nelze účinně snižovat, například míru bolesti.

Existuje bezmála čtyřicet syndromů, které jsou schopny imitovat roztroušenou sklerózu, což celou situaci nadto ještě stěžuje. Prednisol, Avonex, Copaxone, Extavia, Betaferon, Rebif, Plegridy, Aubagio, Tecfidera, Mavenc-lad a další jsou přípravky, léky, které v ČR představují současné schválené preparáty, působící většinou na konkrétní místa v CNS a umožňující tak úpravu (zmírňování) negativního rozvoje roztroušené sklerózy jejím zpomalením (viz M. Vališ et al., *Roztroušená skleróza pro praxi*).

§4. PSYCHOANALÝSA A ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA, PRÁCE S KLIENTY V PORADENSKÉ PRAXI

Freudovu práci, její popis s nervově nemocnými, jak sám uvádí, nelze kopírovat, ale pouze se jí inspirovat a modifikovat pro současné možnosti uplatnění. Klient s roztroušenou sklerózou je jako kterýkoli jiný pacient, jehož se týkají stejné zákonitosti vzniku a průběhu psychických obtíží, pokud bychom model etiologie a symptomatologie porovnávali s ostatními. Mají však na víc onen problém s tělesnou zátěží, kterou jim roztroušená skleróza přináší a s tím spojené založené konflikty o které se významně jejich psychopatologie rozšiřuje. Tím nejvýraznějším potom zůstává existenciální motiv *života a smrti*. Strach z bolestivého, nebo zásadně nedůstojného konce bytí, pacienty s roztroušenou sklerózou provází bez ohledu na věk, míru postižení a zázemí, které je jim léčbou, domácím prostředím, či personální podporou v partnerském soužití poskytováno. Překonávání této existenciální tísně se většině klientů daří, pouze aktivním životem, v míře dostupnosti, přemáháním bolestí, předstíráním klidu.

Je proto výrazně podněcující pro konzultační práci, pokud k tradičním psychoanalytickým modelům přibere do terapeutické výbavy, jejího slovníku a myšlenek, také současné daseinsanalytické hledisko. Roztroušená skleróza: **1. přehodnocuje všechny hodnoty** (Fr. Nietzsche) a poskytuje, **2. východisko pro vyjasnění existence** (K. Jaspers) v přijetí, **3. nutnosti - otázku po osobním bytí vystavět znovu, od začátku** (M. Heidegger); tyto tři požadavky tak představují základní osu zachytávání smyslu existence, současně s navozováním otázky poslední, a to, **4. co ještě život čeká ode mne** (V. E. Frankl)? Všechny čtyři okruhy, se pro pacienta s roztroušenou sklerózou stávají neodmyslitelně *přítomnými, překrývajícími a měnícími své pořadí* podle míry *prožívaného utrpení*. A kdy se nejčastěji ohlašují? V tichém usebírání, přemýšlení nad tématy, jak dál, a tak podobně, následně potom ve snech, které tvoří nejčastěji samostatnou kapitolu v životě pacientů s roztroušenou sklerózou a konečně také v momentech partnerského soužití, jestliže je míra subjektivně pociťované újmy rovněž provázána odpovědností za svoji přítomnost v životě toho druhého, kde se náklonnost a čistá láska potýkají se svědomím, vyčítajícím si, že přináší nikoli právě pohodlný život pro sdílení a všechno to, co bude přicházet, jestliže se nemoc bude komplikovat prohlubováním závislosti na tom druhém. Avšak právě proto, jsou psychoanalytické (daseinsanalytické) přístupy, schopné, klientům s roztroušenou sklerózou poskytnout oporu, protože se chtějí dotýkat kořenů věcí, kořenů osobních myšlenek, a to nikoli pro jejich ještě větší dramaturgii dané *situace* (Sartre), ale pro uvolňování napětí, které na sebe strhávají.

ad/1. Přehodnocování všech hodnot

To, že se klienti s neurózou, depresí, schizoidními stavy nebo v rámci poruch příjmu potravy či se závislostí často hůře orientují v hodnotových systémech je vcelku známou okolností jejich psychické situace. Co je to: *hodnotový systém*? Nejčastěji se jedná o převzaté a dále osvojované morální postoje, etické výzvy, kritéria mravnosti. Zpravidla je člověk naučeným způsobem přebírá z prostředí, kde vyrůstal a dále si je přizpůsobuje podle vlastních potřeb nebo i subjektivně pociťovaných a nabývaných přesvědčení, kde zásadní roli hrají kategorie *dobra a zla*. *A proč se v systému těchto hodnot pacienti s duševní poruchou hůře orientují?* Je tomu tak proto, že všichni většinou o své psychické situaci ví a doprovází ji dál buď pocit nebo komplex méněcennosti. Vycházíme-li z etiologického základu psychického onemocnění, podle psychoanalytických kritérií, je tímto pocitem nebo komplexem méněcennosti zejm. *založený konflikt*. Jeho dynamické, i když nevědomé působení oslabuje složku vědomí nutností obrany, nedovolit, aby ve své zjevnosti vstoupil do vědomí, čímž oslabuje jeho intenzitu a štěpí je na dvě subjektivně prožívané existence: *založený konflikt a nutkavou obranu*. *Jak toto vše souvisí s hodnotovým systémem a jeho přehodnocováním?* Jde o hledání východiska ze subjektivně pociťované tísně. Založený konflikt pacienta dostává svým traumatickým obsahem do nevýhodné situace: nutí jej *na něco „myslet“*, něčeho *„se bát“*, před něčím *„utíkat“*, něco *„si odpírat“*, snášet *„představu ponížení“*, *„anticipovat nezvladatelné konflikty v budoucnosti, aniž by měly reálný důvod“*, a tak podobně. Jedná se tedy o celou řadu přístupů k vlastní

přítomnosti, která je tímto založeným konfliktem prolínána na úrovni chybně nastaveného sebevědomí s pocity vnějšího ohrožení.

První hodnotou je vztah k sobě samému, ego jako takové. Druhou hodnotou jsou zpravidla osoby z primární rodiny pacienta, třetí hodnotou partneři, čtvrtou vlastní děti nebo jiní, aktuálně blízcí lidé (přátelé), pátou hodnotou společnost jako taková, šestou hodnotou ideály (náboženství, předsevzetí a tak podobně). Tento výčet hodnot je zde takto podán pouze pro jejich zjednodušení, pořadí se může měnit a zpravidla také mění, popřípadě se k nim přidávají některé další, dílčí (týkající se zaměstnání, osobní spokojenosti se vzhledem, nebo pocit trapnosti například v rámci nedávného vystupování během vzniklého sporu, a tak dále).

Všechny tyto uvedené *hodnoty*, které tak tvoří osobní zkušenost se světem a se sebou samým, pacient s psychickou újmou eviduje jako svůj vnitřní svět. Nebo ještě jinak, jako *svůj život*. Pacient s roztroušenou sklerózou je nucen k těmto „hodnotám“ přidat hodnotu *ceny vlastního života*. Aby si na otázku: *Jakou cenu má můj život, jestliže mám diagnózu, která mne jednou pro vždy limituje nejen v jeho kvalitě, ale stejně tak v nejistotě jeho délky (?)*, byl schopen odpovídat (je to proces, který ve skutečnosti trvá po celou dobu jeho dalšího fungování a jedna odpověď, jako úhel pohledu, zpravidla nestačí), snaží se znovu a znovu v přemáhání všeho, co sebou roztroušená skleróza přináší, *čelit například myšlenkám na sebevraždu*. V podobném psychickém rozpoložení se může stejně tak nacházet jedinec s depresí, bez roztroušené sklerózy. Nemělo by nám zde ovšem vystoupit na

povrch to, že snad lze, z hlediska subjektivně prožívaného utrpení pacientů, licitovat poměrem toho, kdo trpí více a kdo méně. Popisujeme pouze niternost vnitřních pochodů, kterými se ubírá myšlení pacientů s roztroušenou sklerózou, to, čeho je vhodné si empaticky všímat, abychom při osobním kontaktu mohli lépe zhodnocovat, schopností porozumění pacientova stavu a k podpoře jeho vědomí, že se s námi může, už jen pro tento moment spolupráce cítit lépe, bezpečněji.

ad/2. Východisko pro vyjasnění existence

To, že se klient s roztroušenou sklerózou dotazuje na možnosti léčby svého fyzického stavu a psychického zvládání situace je neklamnou známkou toho, že hledá východisko. Zaangažovanost pacienta s pozitivními výhledy v těchto možnostech spolupráce, se daří zejména tam, kde to druh onemocnění dovoluje vzhledem k jeho zařazování do výzkumných programů, schválených pro testování nových léků. To je ovšem jedna z možností, která, tak jako tak, přichází z vnějších zdrojů. *Východiskem pro vyjasňování osobní existence* je samozřejmě motivovatelnost pacienta s roztroušenou sklerózou směrem ke smyslu svého života. Zde se nutně předešlé téma o *přehodnocování všech hodnot* stává přirozenou součástí. Kognitivně-behaviorální terapie v kombinaci s psychoanalýsou a přidruženými terapeutickými aktivitami (arteterapie, biblioterapie nebo chráněné dílny, a tak dále), mohou poskytovat základní cestu k sebenáhledu. Ovšem *východiskem pro vyjasnění existence* je například zodpovězení otázky, kterou často preferuje pan profesor Vladimír Smékal: *Jak žít?* Toto franklovské uchopování

osobního bytí směrem ke smyslu existence je jednou z nejtěžších otázek pro zdravého jedince, natož potom pro člověka trpícího psychickou újmou způsobenou limitující a často bolestivou nemocí, jakou zde, v samé podstatě roztroušená skleróza, jest.

Výraznou pomocí v těchto souvislostech je, poskytování pacientům s roztroušenou sklerózou relaxační nácviky, podporu jejich životního stylu směrem k udržování vnitřního klidu a altruistických aktivit, například v pomáhajících profesích, a tak podobně. *Vyjasňování existence* není nikdy jeden moment obratu, který ve svém životě člověk udělá. Jedná se o trvalý proud drobně utvářených, realizovaných změn, k nimž má člověk ochotu a dokonce si je osvojí natolik, že jim jde svým životem potom, už nadále vstříc, aniž by se jim a priori ze strachu, že je nezvládne, vyhýbal. Jde možná, až o jakýsi ideál životního stylu, k němuž má zájem zpravidla dospět, v nějaké míře seberealizace, snad každý člověk. A to jest, bez pocitu sebeohrožení podstupovat námahu života jeho plnou, aktivní seberealizací.

To, co dále člověka s roztroušenou sklerózou nejplněji, jako myšlenky, zaměstnává je *strach* a nejistota z osobní budoucnosti. *Ten* se mnohdy stává každodenní, latentní součástí jeho existence. Eliminovat intenzitu strachu do schůdných, zvladatelných mezí lze pouze aktivním životem. Proto je odpovědí na otázku, *jak vyjasnit vlastní existenci při roztroušené skleróze*, aktivní život v mezích, kterou tato nemoc pacientovi dovoluje, stejně jako *přijetí přehodnocení všech hodnot pro vytváření optimálního životního stylu*, podrobujícího se v pokoře této diagnóze, pro její, co nejmírnější průběh.

ad/3. Otázku po osobním bytí vystavět znovu

Mít za jediný úkol s klientem (pacientem) s roztroušenou sklerózou změnu všech jeho dosavadních životních postojů, by byl úkol naivní a možná i poněkud nebezpečný. *Vystavět znovu otázku po osobním bytí* zde znamená pouze to, poskytnout klientovi možnost opory, mnohé filosofické otázky, kterými se v souvislosti se svojí diagnózou zabývá takovým způsobem, aby způsob jejich zodpovídání byl pokud možno nesen vytěžením vstřícných závěrů. Co je tím myšleno? Příklad: klientka (29 let), žijící do této doby v uspokojivém vztahu vnímá na svém postoji k partnerovi jistou odtažitost ve všech oblastech společného fungování. O své diagnóze mu doposud nic nesdělila (přibližně měsíc od jejího stanovení). Partner začíná být netrpělivý a první náběhy na možnou krizi lze vysledovat na jeho reakcích, které mají, vzhledem k nevědomosti o skutečné situaci pouze jediný rámec, a to domněnku, že klientka si našla někoho jiného. To, že jsou známé případy, kdy se pacient s roztroušenou sklerózou vzdá doposud fungujícího vztahu, z něhož odchází tím způsobem, že nikomu nic nesdělí a jednoduše vztah ukončí, bývá rovněž jednou z možností, která není, až tak řídkým jevem (viz odd. ZÁVĚR této knížky).

U této klientky doposud nedošlo k širšímu přijetí diagnózy a než aby riskovala odmítnutí ze strany partnera, pozvolna, i když v nejistotě a s mnoha emočními barvami, ze vztahu vlastně vystupuje. Klientce bylo navrženo, aby se, po nějakém krátkém čase rozmyšlení popřípadě s partnerem dostavili oba, a že jim terapeut pomůže sdělení zvládnout. K tomuto kroku bylo přistoupeno navíc i proto, že klientka svého partnera popisovala

jako milujícího, inteligentního a chápajícího člověka. Po několika dnech tedy k tomuto společnému setkání došlo. Sdělení pro partnera bylo překvapivé, ale nikoli šokující. Sestra maminky klientky roztroušenou sklerózu měla již několik let rovněž diagnostikována a vzhledem k dlouhodobosti vztahu a jistému zvyku mít toto téma ve své blízkosti, bylo tak možné obsah sdělení akceptovat s klidem. Rovněž bylo přeci jen trochu paradoxní, když si partner klientky ulevil v tom smyslu, že se nejedná o nevěru a že může tuto variantu svých podezření konečně dát bokem. Proběhlé emoce daly jasně na srozuměnou, že oba budou schopni vzniklý problém řešit.

Co nám z tohoto příběhu plyne? Existenciální filosofie Martina Heideggera je postavená na jednom z modelů, který se zde potvrdil. **Člověk existuje v režimu starosti o to, jak zvládnout strach ze světa, před světem, za trvale vědomé reflexe o sobě samém.** Takto se to děje jak u zdravé populace v úrovních mnoha modifikací, jimiž bychom mohli dospět až k detailní aplikaci psychoanalýzy na kulturně dějinné jevy, stejně jako se toto odehrává potom již v obsahově sycenější rovině u pacientů s psychickou újmou, natož, nasedá-li na ni ještě nějaký ten významný somatický deficit, ohrožující nejen kvalitu života pacientovi, ale život sám (v tomto ohledu už se téměř stírají rozdíly mezi onkologickými pacienty a pacienty s roztroušenou sklerózou, nebo také pacienty s tělesným postižením, vzniklým po autonehodě či po úrazech jiného typu, invalidisujících klienta po zbytek života nezvratnou a viditelnou újmou). Umožnit klientovi, aby hovořil o svém strachu je jednou z podmínek úspěšné intervence u roztroušené sklerózy, neboť **bytí = strach**.

ad/4. Co ještě život čeká ode mne?

Mezi všemi pokusy odpovídat na otázky, které jsme zde postavili do předních řad zájmu, je právě tato otázka jednou z nejtěžších. Člověk vždy hledá zprostředkovatele, na které by nejraději uvalil kledbu za příkoří, která se mu v životě přihází. Odosobňovat vztah k sobě samému kritikou za způsoby, jimiž si přivozujeme všelijaká psychická zranění tím, že něco, nebo někoho jiného učiníme jejich původcem, to je nejsnadnější způsob také k tomu, jak si vzniklé a třeba i vleklé konflikty zdůvodnit a zařadit. Jsou ovšem duševní nebo neurologické poruchy, u kterých to jednoduše nejde, protože jejich potenciál není v příčině a následku, jako je tomu například u freudovského založeného konfliktu, ale důvodem jejich vzniku je predispozice vázaná na molekulární genetiku a poruchy vznikající ze zákonité dysfunkčnosti, už v samé podstatě odtud predispozičně poškozené neurofysiologie. A tak je tomu u roztroušené sklerózy. Proč je zde tato zmínka vůbec uváděná? Předně proto, že pacient s naší diagnózou nepovažuje primárně vůbec za vhodné uvažovat v souladu s otázkou typu: *co ještě život čeká ode mne?* Proč? Protože pacient s roztroušenou sklerózou je sám zraněný a podvědomě čeká, nebo také žádá o pomoc, aniž by to mnohdy dával jakkoli ostentativně najevo. Jenže schopnost tuto otázku akceptovat a zařadit do výbavy subjektivně prožívané reality, spojené s roztroušenou sklerózou znamená, *jasně formulovat smysl vyjasněné existence s přepracovanou otázkou po bytí, stejně jako s konkrétním postojem, směrem k završenému přehodnocení všech hodnot, a to vše v souladu s nekompromisně uchopenou sebereflexí, že toto je moje realita.*

§5. DVA ZAHRANIČNÍ ZDROJE K TÉMATU ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Dovolím si, pro naše účely popisu tématu, uvést dvě studie, které roztroušenou sklerózu uvádí významně respektovaným způsobem. Jedná se o **1.** hojně citovanou publikaci pod vedením: T. von Uexküll et al., *Psychosomatische Medizin (Theoretische modelle und klinische Praxis)*, München 2018 (1240 S.), a **2.** oborovou monografií: R. M. Schmidt et al., *Multiple Sklerose*, München 2018 (470 S.), které v současnosti tvoří svým obsahem základní souhrn poznatků, od kterých se odráží další badatelé, pokračující jak v laboratorních výzkumech, tak při kontaktní, klinické terapeutické práci s pacienty.

První zmíněná kniha je patrně nejencyklopedičtějším souhrnem psychosomatické medicíny, kterou lze na evropském a možná i světovém knižním trhu získat. Její nepopěrnou předností je již osmé doplněné a aktualizované vydání, což jednoznačně svědčí a autorské zaangażovanosti a hloubce porozumění tématu. Téma roztroušené sklerózy sice zahrnuje „jen“ zlomek části knihy (S. 1065 etc.), ovšem s významným dodatkem, jakým je kontext jejího umístění v celé problematice psychosomatických diagnós. Autoři se zde, nikoli naivně, zaměřují na to, do jaké míry je roztroušená skleróza (Multiple Sklerose - MS) jako onemocnění vázané na neuroimunologickou problematiku, rovněž součástí psychoneuroimunologie. Neobávají se, po dílčích výzkumech dojít k závěru, že psychoneuroimunologie je významnou součástí jejího průběhu (vznik na jejím základě je diskutabilní), neboť právě prožívání této nemoci, se všemi jeho dopady na oslabování nervových funkcí, její průběh zhoršuje.

Jako hlavní zdroje takto vznikajících komplikací uvádí samozřejmě *stres* a *stresové faktory*, kde upozorňují na studii (Foley et al. 1988), která uvádí, že aktivací lymfocitů T4/T8 dochází k významnému nárůstu nežádoucích vlivů, které prožitek nemoci roztroušené sklerózy zhoršují oslabováním neuroimunity a tím i nebezpečím rozvoje lézí, které tak uplatňují svůj podíl na vyšším počtu negativních tělesných projevů. V tomto smyslu se na takové neuroimunitní komplikaci může podílet už i běžný sociální stres (Mohr et al. 2004). Psychosociální zátěž potom vůbec, vytváří snadnější podmínky pro negativní rozvoj roztroušené sklerózy a tvoří jeden ze základních předpokladů epidemiologického činitele, který se tak podílí na jejím vyšším výskytu v populaci (Nielsen et al. 2014). Těmito faktory se komplikuje už i vlastní diagnostika roztroušené sklerózy, neboť svými projevy, a to jsme viděli také u výše uvedených symptomů, se manifestuje, zejména na svém počátku množstvím projevů, které se za roztroušenou sklerózu, v její definitivní diagnóze ještě nepovažují, nebo jsou její pouhou hypotézou. Rodgers a Bland, 1996 potom uvádí procentuálně výskyt jednotlivých psychických obtíží spojených s roztroušenou sklerózou následujícím hodnocením: deprese 79%, agitovanost 40%, úzkostné poruchy 37%, euforie 13%, emoční nestabilita 35%. Významným podílníkem na depresivitě, podle Wilkena a Sullivana (2007) jsou multifaktorová poškození související s temporálním lalokem. Emoční přecitlivělost, iritabilita, charakterizuje pacienty s roztroušenou sklerózou napříč všemi diagnostikovanými variantami a je rovněž spouštěčem sebevražedných sklonů u této diagnózy (Caine a Schwid 2002).

Významným oddílem je v této kapitole o roztroušené skleróze téma *Coping a psychoterapie*. Zvládání tělesné a psychické zátěže je ve skutečnosti možné nejlépe tím způsobem, že je člověk neustále vystavován nejrůznějším životním nárokům, které se snaží optimalisovaným a pro sebe srozumitelným způsobem zvládat. Jeho součástí je rovněž schopnost, učit se na nejrůznější zátěže adaptovat a to v souvislosti se svojí nemocí a taktéž v souvislosti s tím, co tato nemoc ve výsledku, svými omezeními pacientovi dovoluje (Boyle et al. 1991). Pro tento druh copingu autoři volí termín „*intenzivní život*“, nebo „*sebeiniciativní aktivace a jednání*“. Nevyhýbají se zde taktéž tématu spojení roztroušené sklerózy a sexuality. *(Je-li rovněž, jak mohu u nemalého počtu klientů s roztroušenou sklerózou sledovat, tato nemoc stejně tak příčinou mnohdy jejich až nevyhraněné sexuální orientace, nelze tvrdit s vědeckou určitostí, nic méně, tento výskyt je nápadně častý – pozn. A.J.)*

Posledním významným problémem pro psychologické intervence je u roztroušené sklerózy téma párových konfliktů. Pacient s touto diagnózou mění svůj obraz osobnosti v rychlejším sledu. Takto nastavený průběh nemoci si proto vyžaduje maximální porozumění ze strany partnerů těchto pacientů. Jejich chování může jen v jednom dni zahrnovat depresivní fázi, střídanou uvolněním a odbrzděností, únavou a nejrůznějšími stavy podrážděnosti. V konkrétních projevech se tak pacient dostává na pomezí hlubokého nezájmu a pochybování o sobě samém, přes relativní vyrovnanost, až k emočně projevovaným bouřím. Do toho všeho mohou dále vstupovat také nejrůzněji modifikované projevy infantilismu.

Druhá zmíněná publikace, se tématu roztroušená skleróza věnuje na více jak čtyř stech stranách a je rovněž sedmým vydáním svých autorů, což zaručuje vysokou míru přesnosti udávaných dat a závěrů. V německy mluvícím regionu je tato komentovaná publikace o roztroušené skleróze ojedinělá. Detailním způsobem mapuje: dějiny oboru, epidemiologii, patofysiologii, imunopatogenesi, klinickou práci a diagnostiku, léčbu a prognózu léčby u vybraných pacientů se specifickými projevy, téma roztroušené sklerózy ve vztahu k pediatrii, diferenciální diagnostiku, laboratorní vyšetření (likvor a krev) s udáním potřebných hodnot pro sestavování plánů léčby, práci se zobrazovacími postupy (CT, MR), neuropsychologii, terapii a rehabilitaci, popisy vzniku komplikací a jejich následnou terapii, nově probíhající humánní experimentální přístupy, také možnosti komplexnějších terapií, psychologické vedení neboli coaching pacientů s RS (MS), základní přístupy sester k pacientům s RS (MS), dokumentaci pacientů s RS (MS), vyhledávání pomoci v rámci společnosti (organizace a specialisovaná pracoviště).

Tento výčet podrobného zaměření obsahu publikace nás tedy patrně nenechává na pochybách, že se jedná o svého druhu vskutku o mimořádně přesnou práci, která je tak zcela právem považovaná za vlajkovou loď svého oboru.

V našich podmínkách se ke specialisovaným popisům tématu roztroušené sklerózy, svými publikacemi hlásí: **Eva Havrdová, Manuela Vaněčková, Zdeněk Seidl, Martin Vališ, Zbyšek Pavelek** a mnozí další (viz v seznamu doporučené literatury).

Z Á V Ě R

Klientka (19 let), kterou poznávám na doporučení jejího přítele, bývalého absolventa našeho semináře v Brně, mi sděluje svoji diagnózu roztroušené sklerózy. Stěžuje si na výkyvy nálad, častější bolesti hlavy, únavu, nutnost přerušit a možná i zanechat studia na vysoké škole (angličtina), občasnou nauseu, narůstající konflikty v partnerském soužití (nechuť k intimitě, stýkat se se společnými přáteli, a tak dále). Diagnóza jí byla definována před dvěma lety. V rodině žádná genetická predispozice. První informaci brala bez dramatických projevů, nepociťovala víc, než malátnost, nauseu, motání hlavy, věci jí vypadávaly z rukou, bizarnější sny, nápadná neschopnost soustředit se na učení, uzavírání se. Vše považovala za přechodné a vzniklé vlivem přepracování. Nyní je stabilizovaná, ale s trvalými náběhy na únavu a „*bez životního elánu*“, jak sama uvedla. Všechna vyšetření proběhla standardně. Je pravidelně v kontaktu s ošetřujícím lékařem. Občas dochází do encounteringové skupiny, ale podle jích slov jí to tam nic nepřináší. Nabídl jsem klientce pravidelná setkávání a verbální podporu pro otevírání témat, která prozatím nechce s nikým rozebírat. Čtyři roky jsme se detailně věnovali všemu, co potřebovala probrat a za podpory arteterapie, rozboru snů, relaxačních technik klientka už během tří měsíců pociťovala úlevu od psychického napětí. Komunikace s přítelem se zlepšila. Po dvou letech se vzali. Dítě doposud mít nechce, neodvažuje se, vzhledem k občasným výkyvům nálad, i když podvědomě po dítěti touží. Aktivní výlety do přírody jí přináší nejvíc pohodlí, její přítel je akceptující a také kontakty se známými ji motivují dál do života.

*Příroda s námi nesmlouvá, můžeme se snažit
jen o to, ji pochopit*

LITERATURA

- Bednařík** Josef et al., Klinická neurologie, sv. I.-II. Praha (Triton), 2010.
- Jelinek** George, Multiple Sklerose überwinden, Kandern 2020.
- Havrdová** Eva a kolektiv, Roztroušená skleróza, Praha (MF) 2013.
- Menkes** J. H. et al., Dětská neurologie, scv. I.-II., Praha (Triton) 2011.
- Mousa** Samira, Aktiv leben mit Multipler Sklerose. Selbstbestimmt und glücklich – mit MS, Hannover 2020.
- Mumenthaler** M., Bassetti C., et al., Neurologická diferenciální diagnostika, Praha (Grada) 2008.
- Schmidt** R. M., Hoffmann F. A et al., Multiple Sklerose, München 2018.
- Uexküll** Thure von, Psychosomatische Medizin, theoretische Modelle und klinische Praxis, München 2018.
- Uhrová** Tereza, Roth Jan a kolektiv, Neuropsychiatrie, klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi, Praha (Maxdorf/Jessenius) 2020.
- Vališ** Martin, Pavelek Zbyšek, Roztroušená skleróza pro praxi, Praha (Maxdorf/Jessenius) 2018.
- Vaněčková** Manuela, Seidl Zdeněk, Roztroušená skleróza a onemocnění bílé hmoty v MR zobrazení, Praha (MF) 2018.

© Jiří Adamec

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

PSYCHOLOGIE A PORADENSTVÍ V PRAXI

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie

Neprodejný výtisk.

2020

A6, 100 výtisků

ISBN 978-80-87234-86-0