

# KOMORBIDITA ÚZKOSTI A BOLESTÍ ZAD. KAZUISTICKÁ STUDIE

## kazuistika

Drahomír Balašík

Oddělení klinické psychologie FN  
u sv. Anny v Brně

**Kontaktní adresa:**

PhDr. Drahomír Balašík  
Oddělení klinické psychologie  
FN u sv. Anny v Brně  
Pekařská 53  
656 91 Brno  
e-mail: drahomir.balastik@fnusa.cz

## SOUHRN

**Balašík D. Komorbidita úzkosti a bolestí zad. Kazuistická studie**

Komorbidita více poruch či chorob u jednoho pacienta nastoluje otázku jejich vzájemného vztahu, který u nich můžeme předpokládat. Např. jedna může být dominantní (primární) a ostatní přidružené, nebo mohou mít podobnou genezi, důsledky, nebo se vzájemně ovlivňovat apod. To vše může významně ovlivnit mj. jejich terapii. Upozorňuje na to naše kazuistika, ve které jde o psychoterapii u pacienta s komorbiditou bolestí zad a úzkostmi. Za primární bylo u něj možno považovat úzkosti, které se objevily jako první v jeho rané dospělosti a měly psychotraumatickou etiologii s počátky v raném dětství. Jako komorbidní pak byly thorakolumbální bolesti zad, které se objevily o něco později, byly hodnoceny jako psychogenní dorsalgie a s úzkostmi úzce souvisely. Další komorbiditou byly pozdní, v jeho 50. roce věku vzniklé pouřazové bolesti zad lumboischiadického charakteru. Společně s předchozími bolestmi dosáhly takové intenzity, že byl pacientovi přiznán částečný invalidní důchod. Tato výsledná bolest pak sice nebyla jako celek přístupná psychoterapii, ale odstraněním původní, psychosomatické bolesti právě psychoterapií se znatelně snížila. Dokonce tak, že pacient začal zvažovat, zda bude nutný navrhovaný neurochirurgický zákrok.

**Klíčová slova:** komorbidita, úzkost, psychosomatické a somatické bolesti zad, psychotherapie úzkosti a bolesti.

## SUMMARY

**Balašík D. Comorbidity of anxiety and back pain. A Study**

The comorbidity of several disorders or diseases in one patient makes us question their expected mutual relationship. For example, one can be dominant (primary) and the others associated, they may have similar genesis, similar consequences, influence each other, etc. All this can significantly influence their therapy. In our study, we focused on psychotherapy in a patient with comorbid backache and anxiety. Anxiety was the patient's primary disorder. It first appeared in his early adulthood and had a psychotraumatic etiology with beginnings in early childhood. Comorbid thoracolumbar backache appeared a little later in the form of psychogenic dorsalgia. It was closely related to anxiety. Another comorbid pain – this time post-traumatic lumbosciatic backache – appeared when the patient was 50 years old. All the pains combined grew so intense that the patient was granted a partial disability pension. The resulting pain as a whole could not be treated by psychotherapy. However, by psychotherapeutically removing the initial psychosomatic pain, the patient's discomfort noticeably lessened. So much so that the patient started to consider forgoing suggested neurosurgery.

**Key words:** comorbidity, anxiety, psychosomatic and somatic backache, psychotherapy of anxiety and pain.

## ÚVOD

**Úzkost**, jako patický afekt i nálada, se projevuje fyzickými i psychickými symptomy, které narušují funkce ega<sup>1</sup> a hrají základní roli v genezi neuróz. Většina autorů<sup>2,3</sup> chápe úzkost jako strach bez objektu, vznikající při ohrožení Self (nebytím, ztrátou integrity, smyslu života, sebehodnoty aj.), nebo jeho vztahu s důležitými osobami (že jej opustí, budou trestat, hněvat se, ztratí jejich lásku aj.).<sup>4</sup> Základem jsou vnitřní konflikty a traumata, které obranné mechanismy ega sice často vytěsní do nevědomí, kde ale působí dále. V určitých situacích se pak mohou aktivovat, a to i v dospělosti,<sup>5</sup> a dle typu a struktury osobnosti se zformovat.<sup>6,7</sup> Např. při depresivní struktuře, či osobnosti typu „B“ se slabým a závislým já, se často rozvíjejí pocity méněcennosti, viny a zodpovědnosti za vše, někdy ale i zlost a hněv<sup>8,9</sup> atp.

Úzkost, jak dokladuje literatura, mívá jako komorbidity **bolesti** různých částí těla, včetně zad, a jejich vztah bývá obousměrný.<sup>10,11</sup> Je známo, že úzkost dokáže modifikovat a komplikovat mnohé **somatické bolesti**, ale že sama taky somatizuje a projevuje se **psychosomatickými bolestmi**. Vznikají na emoční bázi<sup>12</sup> a v jejich etiologii se uplatňují akutní psychické stresy, či přímo poruchy, u chronických bolestí pak dle našich zkušeností i starší psychotraumata.<sup>13</sup> V mozku se přitom aktivují stejné oblasti jako při bolestech fyzických, tj. části prefrontálního a cingulárního kortexu.<sup>14</sup> Obě bolesti jsou tedy zaměnitelné. Jejich rozvoj ale předpokládá nízký stupeň zralosti či koheze já v důsledku poruch rané socializace, kdy se nevytvořila kvalitní self reprezentace.<sup>4</sup> Intrapsychické konflikty se tak staly neřešitelnými na psychické úrovni, a proto zareagovalo somatickým symptomem tělo. Nebylo integrováno do psychosomatického já, a bylo tedy vnímáno jako cizí, odštěpené.<sup>2</sup> Psychoanalýza<sup>15</sup> chápe pak psychogenní bolest jako důsledek somatizace, jednoho z obranných mechanismů ega, v jehož základě jsou nepřijatelná pudová přání. Ta jsou pak potlačována v nevědomí a tělesná bolest je tak kompromisním řešením tohoto intrapsychického konfliktu. Psychosomatické bolesti přímo zad pak mívají často význam symbolický.<sup>8</sup> Naznačují např., že jedinec nosil dlouho na sobě („na zádech“) životní těžkosti, nakládal na sebe např. hodně odpovědnosti, nebo se před někým dlouho „hrbil“ a měl pak pocit viny, že se nechoval „rovně“ atd. A za to je pak trestán mimo jiné bolestivým napětím zádočných svalů. Dle síťového modelu, tzv. MUPS (Medically unexplained physical symptoms),<sup>16</sup> nelze somatoformní symptom vysvětlit pouze jako důsledek některé z psychických poruch, ale jako součást celé sítě těchto faktorů (o různé významnosti) a jejich interakce. Např. bolesti zad, či svalů obecně, se dle citované práce zvyšují, mj. pocitem vnitřního napětí, pozorností zaměřenou na tělesné potíže a přemýšlením o nich. Naše kazuistika je věnována nejen analýze zmíněných komorbidit, ale i pokusu o jejich psychoterapii.

## VLASTNÍ KAZUISTIKA

Pacient 53 let, v částečném invalidním důchodu, průměrné výšky, normostenik. Zpočátku nejistý, tenzní, často rozpačitý smích a zadržávání v řeči. Chová se až

nápadně slušně, za vše se omlouvá, obává se, „aby neobtěžoval“. Po prvním sezení se postupně zadaptoval, choval se více spontánně, přesto ale stále nejistě. Jen při probírání pracovních sporů a partnerských křivd býval dráždivý a zlostný. Na druhé straně o svých traumatech vyprávěl se smíchem a předstíral silnou osobnost.

Na začátku si stěžoval jen na **epizodické paroxysmální úzkosti**, které se u něj objevily asi od 19 let, hlavně v malých, uzavřených prostorách (např. v tramvaji, v autě, ve výtahu apod.), ale i ve velkých prostorách, kde se „lze ztratit“. Úzkost (resp. strach) mívá i před jednoduchým zubařským výkonem, ale někdy stačí jen obava, že by se úzkost mohla objevit, a někdy je příčina zcela neznámá; nakonec se svěřil s tanatofobií trvající od dětství. Úzkostná ataka začíná silným strachem s nauseou, zrychleným dýcháním, k čemuž se přidávají tachykardie, pocit sevřeného hrdla, lehčí dávení (bez vomitu), někdy se objeví i pyróza. Reaguje rychlým chozením, snahou na „to“ nemyslet a vydýchat „to“, pije vodu, nebo si vezme tabletku. Po vymizení úzkosti se poté místům, kde proběhla, trvale vyhýbá (nejezdí výtahem, tramvají, autem ho vozí manželka, odmítá jít k zubaři apod.). Na psychiatrii či psychologii dosud nebyl, od praktického lékaře dostal Lexaurin (bez valného efektu) a kvůli pyróze Omeprazol Farmax. Zanedlouho se k úzkostem přidaly bolesti zad, které byly neurologem hodnoceny jako psychogenní **thorakolumbální dorsalgie**. Později informoval, že v 50 letech spadl se žebříku s následkem 2 prasklých a posunutých obratlů a **lumboischiaických bolestí**, propagujících do dolních končetin. Šlo o časté parestézie v P noze, hypestézii P chodidla a časté bolesti palce L nohy. Je v dlouhodobé **neurologické péči**, užívá analgetika, ale zvažuje se i neurochirurgická operace páteře a byl mu přiznán částečný invalidní důchod.

Úzkosti a psychosomatické bolesti navazují na řadu traumat, která prodělal od dětství. Např. pád s postýlkou **v jeslích**, při němž si rozbil hlavu (informace otce), v **mateřské škole** ho jeden spolužák zavřel do sudu na hrani (pamatuje si „šilný strach“). Do mateřské školy navíc chodil „zoufale nerad“ pro konflikty s učitelkami kvůli odmítání rajčat a teplého mléka. **Ve 2. tř. základní školy** se topil v bazénu (dosud si prý vybaví pocit hrůzy) a **v 9 letech**, při školní hře, měl další úraz hlavy (lehčí a krátká komoce). Byl pojištěn, ale 100 Kč odškodného mu vzala matka (!). Pacient jí ale ty peníze uzmul a utratil s kamarády; před matčiným trestem ho zachránil otec. **Asi v 10 letech** se mu v krku „vzpříčila“ nějaká tabletka (pocit dušení a velký strach) a **v dospívání** se mu v krku přilepila slupka z fazole (rovněž silný strach). **V 19 letech** zažil na vojně ponižující šikanu, **ve 24 letech** byl zasažen elektrickým proudem ve vaně, kam mu spadl elektrický holicí strojek (hrůza s pocitem bezmoci). **Ve 27 letech**, po smrti matky, se mu objevila nějaká kožní vyrážka, která spontánně zmizela, ale posílila se tanatofobie. **V 50 letech spadl se žebříku** (viz výše).

## K ANAMNÉZE

Narozen v 7. měsíci, umístěn v inkubátoru a mimo informace o traumatech z **jeslí a mateřské školy** (viz výše)

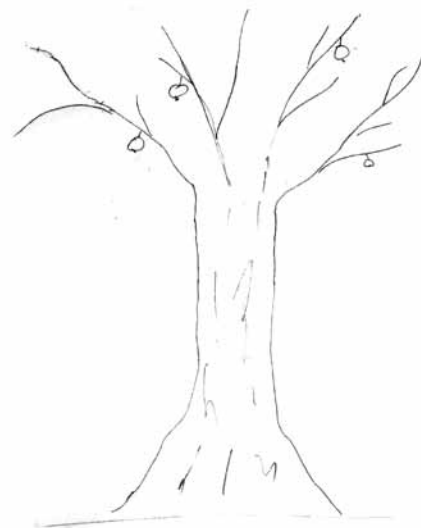
není o jeho **předškolním vývoji** autentických zpráv. Nelze vyloučit genetickou zátěž **ze strany otce** (byl ve stáří psychiatricky léčen), který navíc jako invalida (protéza nohy po přejetí vlakem) měl omezené možnosti se o děti starat, nehledě na to, že neuměl projevovat city. Pacient u něj po svém rozvodu nějakou dobu bydlel, vycházel s ním dobře a bylo mu líto, že se musel později léčit na psychiatrii a když v 70 letech zemřel na srdeční poruchu. **Matka** číšnice, zájem o manžela a děti neměla, vyhledávala extramatrimonální kontakty, doma bývala málo a o pacienta se patrně přestala zajímat již v jeho předškolním věku. **Vztahy v rodině** byly i později disharmonické, s častými hádkami. Občas se u nich sice objevila **hodná babička**, která ale do výchovy nezasahovala, na její smrt však zareagoval pacient (ve svých 6 letech) zmíněnou tanatofobií. **Na základní škole** prospěch průměrný, ve třídním kolektivu měl jen 3 nepříliš blízké kamarády a jednu platonickou lásku. V 9. tř. vyvrcholila deprivativní rodinná situace, rodiče se rozvedli, matka se odstěhovala k novému partnerovi a s rodinou se přestala stýkat. Pacient a jeho bratr poté zůstali nějaký čas u otce a s matkou se vídali sporadicky. Ta nakonec, asi v 60 letech, po několika letech zemřela v LDN (reakce pacienta viz výše). Po ukončení ZŠ se s dobrým prospěchem **vyučil zedníkem**. V 19 letech následovala **základní vojenská služba** (těsně před ní se oženil), kde zažil zmíněnou šikanu od „mazáků“ a objevily se první úzkosti. Po půl roce ale dokončil vojnu v náhradní službě ve stavebnictví. **V manželství**, uzavřeném příliš brzy, se ženou o 2 roky mladší, byly od počátku neshody. Žili u jejích rodičů, kteří se k pacientovi jako zedníkovi chovali s despektem. Ten chtěl jim i ženě dokázat, že „není žádný blbec“ (jeho výraz), a při zaměstnání vystudoval večerně dvouletou nástavbu **stavební průmyslovky s maturitou** a jejich dům opravil. Vztahy to však nezlepšilo, stejně jako postupné narození 2 synů, protože vzhledem k účelovosti svého studia nadále pracoval jako zedník. Po převratu se v r. 1990 přestěhoval s rodinou k babičce manželky, odkud ho ale žena po 3 letech vykážala (přestože její byt taky zrenovoval). Bydlel pak nějaký čas u otce a se svojí rodinou (včetně synů) ztratil kontakt. Po převratu se pokusil podnikat ve stavebnictví, po neúspěchu se vrátil k profesi zedníka v různých firmách. Pracoval tak až do 50 let, kdy po zmíněném úrazu odešel do **částečného invalidního důchodu**. Další partnerský vztah trval 5 let a i v něm představěl byt, ale ani tady se nedočkal vděku a s pocitem křivdy a hněvu odešel. Další známost asi roční, skončila rovněž bez satisfakce za opravený partnerčin byt. Nakonec se kolem 42 let **oženil podruhé**, s úřednicí, o 7 let mladší, s níž má tč. **9letou dceru**. A, samozřejmě, pro rodinu rovněž představuje zděděný rodinný dům (!). Vztah se jeví jako perspektivní, pacient má v něm nicméně pocity viny a méněcennosti, protože prý na manželce „parazituje“. Ona je totiž zaměstnaná, kdežto on pobírá „jen důchod a chodí na brigády“. **Sociální kontakty** udržuje tč. jen v rámci rodiny, se **2 bližšími kamarády** se vídá sporadicky (viz sen). **Abúzus**: 12 let stopkuřák (předtím 60–70 cigaret denně), černou kávu 1–2× denně, alkohol – bezprostředně po partnerských debaklech (viz výše) až 5 piv denně (často i s „něčím ostrým“), od posledního sňatku téměř abstínuje.

## SNY

1. Byl na půdě svého domu a viděl, že je špatně zastřešená, že tam při dešti teče a je nutno ji opravit. Při analýze si uvědomil, že on má „tam nahore“ hlavu, která je rovněž „poškozená“ a taky potřebuje „opravit“.
2. Kamarád (bývalý spolupracovník, stejného věku, kterého měl rád) si postavil dům. O totéž se v realitě snažil opakovaně i pacient, s domněnkou, že získá vděčnost partnerek a posílí svoje sebevědomí (symbolické vybudování a posílení ega).
3. Je ve známé místnosti, kterou ale nepoznával a kde se objevila jeho první manželka. Normálně se s ní bavil (v realitě se rozešli ve zlém), ale pak najednou zmizela. „To mně udělala i ve skutečnosti a já se s tím musel smířit,“ říká. Analýza naznačuje, že se s tím nesmířil.
4. Byl ve svém nynějším domě, kde chtěl opravit topení, ale pak si uvědomil, že to sám těžko zvládne. Jeho kamarádi mu pomoc odmítli, a navíc si uvědomil, že nemá ani potřebný materiál. Naštval se tak, že ho to probudilo. Při analýze docházíme k závěru, že vytvořit citově teplý domov musí on sám, že to nebude snadné a že k tomu musí být potřebný materiál (oboustranně citový vztah).
5. Žádal na nějakém úřadě, aniž věděl proč, peníze (snad 40 000 Kč, tedy „fúru peněz“) a vyplňoval k tomu nějaký dotazník. Pak si ale uvědomil, že ty peníze na svém účtu již vlastně má. Cítil radost a sebevědomí. Sen upozornil, že již teď má dostatečnou hodnotu a že si nemusí nic „půjčovat“.
6. Zdálo se mu o velmi dobrém kamarádovi z práce, se kterým si dobře rozuměl, ale po odchodu do důchodu se s ním vídá málo. Na druhý den mu ten kamarád v realitě zatelefonoval (synchronní fenomén s poučením, že by na svoje přátele i dobré vlastnosti neměl zapomínat).

## KRESBY

Strom<sup>17</sup> (obr. 1), osobnostní projekční test. Nevyhraněná intro-extroverze, silné, ale citlivé, nezralé a „nezakořeněné“



Obr. 1. **Strom**



Obr. 2. „Můj nynější problém“

ego, s výrazným komplexem méněcennosti. Má přitom ale i potřebu se uplatnit a dosáhnout uznání. Afektivita labilní a dráždivá, kterou při neúspěchu hůře ovládá.

Kresba lumboischiaadické bolesti (přerušovaná čára) propagující do dolních končetin (následek úrazu v 50. letech věku), která zvyšovala původní psychosomatickou bolest zad.

## DOTAZNÍK

**Neurotický dotazník MMQ:**<sup>18</sup> Jedinec citlivý, lítostivý, nejistý a zranitelný, vedle toho ale i vznětlivý a popudlivý. Tendence k neurotizaci úzkostného typu (mj. s klaustrofobií, agorafobií a tanatofobií) a s vegetativní labilitou (tachykardie, píchání u srdce, tlak na hrudi, pocení, dušnost, poruchy spánku aj.).

## DISKUSE

Jak uvedeno výše, o raném vývoji pacienta nemáme přímých informací, ale z pozdějšího chování matky je téměř jisté, že vystavila dítě předčasné separaci. Následkem byly poruchy, jako je problematické zrcadlení v symbiotickém období, nedostatečné kontejnování<sup>19</sup> a nakonec i porucha vazby (attachment) nejisté-ambivalentní formy.<sup>20</sup> Matka tedy nebyla pro dítě zdrojem jistoty, a tak došlo k jeho narcistickému zranění s negativními důsledky<sup>21</sup> pro rozvoj ega (malá sebedůvěra i sebeúcta a pocity méněcennosti a opuštěnosti). Bylo to spojeno i s problematickou integrací afektů, zvláště agrese a úzkosti (viz úvod). Na tomto základě se pak konstelovaly **komplexy mateřský** (na bázi archetypu „hrozné matky“<sup>22</sup>), **opuštěného dítěte a méněcennosti**. Zjistili jsme např., že pacient byl schopen si vybavit raná traumata, ale vzpomněl si pouze na jediný případ (viz výše), kdy se ho (v 9 letech) někdo zastal (příznačně otec proti matce). Je tedy zjevné, že hoch hodnotil chování reálné matky jako bezcitné až nepřátelské a že je prožíval s pocity křivdy, zlosti a hněvu (např.

byl rád, že matku ošidil a že ji otec „setřel“), ale i s pocity úzkosti a viny, protože matka patří k tabu objektům (viz posílení tanatofobie a jeho psychosomatická reakce na její úmrtí). Invalidní, navenek málo citový otec, nebyl pak schopen negativní vlivy komplexů kompenzovat, zvláště pak po rozvodu. Poruchu vazby (v dospělosti nejistá-traumatizovaná) tehdy matka posílila a otec, i když se o děti staral, nebyl schopen emoční kompenzace.

S komplexy souvisela další traumata v pacientových partnerských vztazích. Např. za jeho předčasným sňatkem (před válkou) lze vidět **komplex mateřský (a opuštěného dítěte)**, které měla partnerka kompenzovat. Měla mu tedy být jednak „hodnou matkou“, tj. projevat mu kladný vztah a neopouštět ho, ale zároveň se nechat od něj trestat za negativní chování jeho vlastní „zlé matky“. Vzniklé konflikty prohloubili i rodiče manželky posílením jeho **komplexu méněcennosti**. Nepomohla pak maturita ani renovace 2 bytů a vztah skončil debaklem. Byl opět opuštěn a ztratil rodinu i s oběma dětmi. Podobně dopadly i jeho další a kratší 2 vztahy, ve kterých rovněž opravoval byty. V posledním, zřejmě již eufunkčním vztahu, zažívá občas rovněž tlaky komplexů méněcennosti a opuštěného dítěte, čemuž se snaží zabránit zatím vždy neúspěšnou aktivitou, tj. dostavbou a opravou domu. Tato aktivita je totiž důležitější spíše pro něho, protože řeší symbolicky svou potřebu integrovat, opravit a posílit svoje poškozené a nezralé ego, jehož je dům či byt obrazem (viz sny). Oproti minulým vztahům jsou ale nynější rodinou „stavební aktivity“ přijímány s vděčností.

Na prahu dospělosti, kolem 19–20 let, se pak u něj začaly objevovat **úzkosti** s kořeny

ve vytěsněných dětských i pozdějších traumatech. Ego, ovládané mateřským komplexem, nedokázalo afekty spojené s traumaty zpracovat a integrovat, takže se ve stresových situacích aktivovaly úzkostné symptomy. Krátce potom se začaly objevovat **dorsalgie** a pacient popíral, že by souvisely s jeho zednickou prací. Ani dle neurologického vyšetření neměly tyto bolesti (**thorakolumbální syndrom**<sup>23,24</sup>) somatický podklad. Šlo zřejmě o potlačená psychotraumata s negativními emocemi (strach, úzkost, vztek, křivda, pocit méněcennosti aj.), které se začaly somatizovat bolestí, splňující psychosomatická kritéria (Schiltenswolf<sup>5</sup>). Šlo o ego obranný mechanismus,<sup>8</sup> umožňující vyhnout se uvědomění vytěsněných afektů, a tím i neuroze. Bolest zádových svalů lze pak chápat jako důsledek symbolického zpracování afektů spojených s traumaty, která dlouho „nosil na zádech“, stejně jako pocity viny vůči matce, s tendencí trestat se bolestí atd. (viz úvod). Pro jejich vs. psychosomatický základ<sup>5</sup> bylo proto reálné pokusit se je odstranit psychoterapií i po mnoha letech (viz níže). To ovšem bylo problematické u nových, póurazových **lumboischiaadických bolestí**, které již „vystřelovaly“ do nohou, navíc s parestéziemi a hypestézií.

## PSYCHOTERAPIE

Začala **terapií úzkostí** pomocí technik, které by mohly její projevy regulovat co nejdříve, např. různé formy odklonů pozornosti, kontrola dechu, progresivní relaxace dle Jacobsona<sup>25</sup> a nácvik autogenního tréninku.<sup>26</sup> Úzkosti

ve specifických situacích (jízda v tramvaji, ve výtahu, v autě aj.) jsme ovlivňovali reciproční inhibicí dle Wolpeho.<sup>28</sup> Smyslem bylo, aby pacient brzy poznal, že i po letech úzkosti není bezmocný a že může i bez léků její projevy utlumit. Následně mu byly vysvětleny nevědomé příčiny úzkosti s tím, že řešit příčiny je účinnější než odstraňovat symptomy. Pokračovali jsme pak psychoterapeutickými postupy dle Gerdovy krizové intervence<sup>5</sup> a následně jsme řešili vnitřní konflikty a komplexy, z nichž úzkost vychází, a zkoušeli je zbavit emočního náboje.<sup>9</sup> U **mateřského komplexu** si měl pacient svou infantilní stínovou stránku „projasnit“ dospělým nadhledem. Měl o matce mluvit bez nánosu dětských emocí, hledat vedle záporných i její kladné vlastnosti a pokusit se pochopit, proč k manželovi (otci) i dětem ztratila vztah. Nakonec měl o tom zesnulé matce napsat dopis, v němž jí měl na závěr odpustit. Nerad, ale nakonec to udělal, dopis s pláčem přečetl, ale odmítl ho vydat. Později se svěřil, že se k němu vrací a na matku již vzpomíná „neutrálně“, bez obav i vzteku, a že se vytrácí i tanatofobie. Jeho vlastní debaklová manželství, posilující hlavně **komplexy méněcennosti a opuštěného dítěte**, jsme začali řešit od uvědomění jejich vzniku a vývoje až k maladaptivnímu závěru: „Abych získal přijetí a ocenění, musím být dokonalý.“ Zde jsme využili psychoterapeutických technik dle Kastové,<sup>9</sup> analýzy snů (viz výše) a kladného vztahu s nynější manželkou a dcerou. Neřešený zůstal vztah k synům, s nimiž odmítl navázat kontakt, ale s tím, že by se mu nebránil. Možná to byl první krok.

Psychoterapii komorbidních **thorakolumbálních bolestí** jsme založili na zvědomování jednotlivých psychotraumat (viz výše), které jsme společnou analýzou (za kontejnování terapeuta) zbavovali jejich úzkostného doprovodu. Bolesti postupně mizely, čímž se snižovaly i celkové bolesti zad, vyvolané poúrazovými **lumboischiadickými bolestmi**. U nich jsme zkoušeli různé psychoterapeutické techniky<sup>8</sup> a nakonec i arteterapii, při níž pacient poúrazové bolesti nakreslil jako postiženého panáčka (obr. 2), s nímž navázal imaginativní dialog. Mj. mu sdělil, že on „jenom tak stát nebude“.<sup>28</sup> Efekt nebyl sice výrazný, ale již zmíněné odstranění bolestí psychosomatických celkovou bolest snížilo. Pacient si dokonce začal zvažovaný neurochirurgický výkon „rozmyšlet“. Nevíme, zda jej musel později podstoupit.

## ZÁVĚR

Komorbidita různých somatických i psychických poruch u jedince může znamenat jejich vzájemnou propojenost. Je to dostatečně zpracováno v literatuře a naše kazuistika, demonstrující problém komorbidity úzkosti a bolestí zad, psychosomatického a somatického původu, to potvrzuje. V praxi to však bývá nezřídka opomíjeno, čímž se, jak dokladuje naše kazuistika, zbavujeme možnosti využít při léčbě efekty, které přináší psychoterapie.

## LITERATURA

- Müller L. Jáské funkce. In: Miller L, Müller A (eds). Slovník analytické psychologie. Praha: Portál 2006: 157.
- Poněšický J. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton 1999: 208.
- Vymětal J. Pojetí úzkosti a strachu v psychologii. In: Vymětal J et al. Speciální psychoterapie (Úzkost a strach). Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek 2000; 16–43.
- Gerd R, Henningsen P (eds). Psychoterapeutická medicína a psychosomatika. 8. vyd. Trenčín: Vydavatelstvo F 2019: 403.
- Balaščík D. Pozdní recidiva dětské separační úzkosti, její vývoj a psychosomatická archetypická transformace. Čes a slov Psychiat 2013; 109 (4): 191–195.
- Riemann F. Základní formy strachu. Praha: Portál 1999: 200.
- Hartl P, Hartlová H. Psychologický slovník. Praha: Portál 2000: 776.
- Sarno JE. Uzdravení od bolesti zad. Bratislava: NOXI s.r.o. 2019: 278.
- Kastová V. Dynamika symbolů. Základy jungovské psychoterapie. Praha: Portál 2000: 208.
- Bondesson E, Pard FI, Stigmar K et al. Comorbidity between pain and mental illness – Evidence of a bidirectional relationship. Eur J Pain 2018; 7 (22): 1304–1311.
- Stubbs B, Koyanahi A, Thompson T et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low – and middle-income countries. Gen Hosp Psychiatry 2016; (43): 63–70.
- Rokyta R. Psychogenní bolest. Psychiatrie 2004; 8 (1): 21–25.
- Balaščík D. Psychosomatická transformace periferní somatické poruchy (benigní paroxysmální vertigo). Čes a slov Psychiat 2009; 105 (6–8): 290–293.
- Honzák R et al. Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada 2005: 216.
- Ritterová Z. Diferenciální diagnostika bolestí zad. Část I. – Psychosomatické hledisko. Medicína po promoci 2019; 1 (20): 61–63.
- Nováček T, Řiháček T, Cígler H. Personalizovaný síťový model pro medicínsky nevysvětlitelné tělesné symptomy. Čsl psych 2020; 3 (LXIV): 257–271.
- Altman Z. Test stromu. Praha: Pedagogicko-psychologická-poradna 1998: 140.
- Eysenck HJ. Maudsley Medical Questionnaire. London: University of London Press 1947.
- Kuptz-Klimpel A. Kontejner/kontejnování. In: Miller L, Miller A (eds). Slovník analytické psychologie. Praha: Portál 2006: 171–172.
- Zimmermann P. Bindungsentwicklung im Lebenslauf. In: Hasselhorn M, Schneider W, hrsg. Handbuch der Entwicklungspsychologie. Handbuch der Psychologie Bd 7: Göttingen; Hogrefe 2007: 326–335.
- Schwartz-Sallant N. Narcissism and Character Transformation. The Psychology of Narcissistic Character Disorders. Toronto: Inner City Books 1982: 190.
- Jung CG. Psychologické aspekty archetypu matky. In: Jung CG. Výbor z díla, sv. II. Brno: Nakladatelství T. Janečka 1997: 185–226.
- Véle F. Psychosomatické vztahy v neurologii. In: Baštecký J, Šavlík J, Šimek J et al. Psychosomatická medicína. Praha: Grada Avicenum 1993: 296–301.
- Popovič J. Bolesti v zádech a ischias. Praha: Avicenum 1989: 200.
- Praško J, Prašková H. Jak zvládat paniku a strach cestovat. Praha: Grada 1998: 213.
- Hašto J. Autogénny trénink. 3. vyd. Trenčín: Vydavatelstvo F 2013: 67.
- Wolpe J. New Therapeutic Methods Based on a Conditioned Response Theory of Neurosis. Zeitschrift für Psychologie mit Zeitschrift für angewandte Psychologie 1964; 169 (3–4): 173–196.
- Lhotová M. Chronické bolesti a arteterapeutická péče. Psychiatr praxi 2013; 14 (3): 130–132.