

Psychoterapie v psychosomatice¹

Karel Balcar

Výchozí teze:

1. Pojetí „psychosomatiky“:

Z původního vydělení skupiny tělesných onemocnění, která byla pokládána za emociogenní, se postupně vyvinul "psychosomatický přístup" směřující k vysvětlení, diagnostikování a léčení jakékoli zdravotní poruchy jako bio-psycho-sociálně podmíněné. Toto hledisko je v současnosti uplatňováno v pojetí "behaviorální medicíny", kde je zdůrazněno funkční propojení všech úrovní regulace organismu při vzniku, průběhu a léčbě každého onemocnění včetně úrovně psychosociální.

2. Pojetí psychoterapie:

Psychoterapie je léčebné uplatnění psychologických prostředků tj. zásahů, jejichž účinnou "látkou" je vyvolání změny v prožívání člověka a v dějích, které jsou s prožíváním spjaty: v individuálním a interakčním chování člověka, v jeho tělesném stavu a reagování a v událostech v jeho prostředí. Podle "terčové" oblasti prožívání (zejména motivace, poznávání a hodnocení, učení, sebeuvědomování) a s ním souvisících dalších pochodů (zejména tělesného stavu a reagování, chování, utváření situací a interpersonálních vztahů) se v psychoterapii uplatňují různé přístupy k léčbě.

3. Místo psychoterapie v psychosomatickém přístupu:

Z obecného pohledu má léčebné uplatnění psychologického působení analogické postavení tomu, jak se tyto vlivy uplatňují při vzniku a průběhu onemocnění. Prakticky však psychoterapie často nemůže a ani nemusí využívat při svém působení stejných cest. Jejím způsob a obsah je volen podle předpokládaných účinků konkrétního psychologického zásahu na současný zdravotní stav jedince a na jeho další vývoj. Jako každá léčba, i psychoterapie směřuje především k překonání patogenních vlivů a jiných překážek bránících uplatnění vlastních uzdravných zdrojů v jednotlivci a v jeho prostředí.

4. Diagnostická hlediska pro cílené uplatnění psychoterapie:

Vedle tradičních somatodiagnostických hledisek má diagnostika zahrnovat i hlediska individuálně a sociálně psychologická ve vzájemném propojení. Patří sem zejména v (1) současnosti ;působící tlaky emoční povahy v životě pacienta, (2) v historii pacienta se vyskytující selhání psychologické či psychosomatické ;povahy a jeho životní situace v těchto obdobích, (3) "obranné" či "útočné" psychologické mechanismy, které se formou onemocnění a ;formou osobní reakce na ně u pacienta uplatňují, (4) subjektivní a objektivní důsledky současného stavu pacienta a jeho chování pro něj samého (z hlediska prožívaných i objektivních "zisků" a ;"ztrát" v souvislosti s nemocí), (5) jeho individuální a interpersonální zdroje a možnosti alternativních zvládnání tísnivých životních situací (namísto "řešení nemocí"), které ;jsou v současnosti dosažitelné, (6) z toho vyplývající návrh psychologického strukturování celkové psychosomatické léčby.

5. Psychoterapeutické strategie v psychosomatice

Psychosomaticky zaměřené uplatnění psychoterapie lze vztáhnout ke dvěma obecným druhům situací a podle toho zvolit cíl a způsob postupu. Je třeba stanovit, zda (1) je stále přítomno akutní či chronické přetížení jedince, jímž lze přítomnost onemocnění

¹ Balcar, K. (2022). *Psychoterapie v psychosomatice*. Nepublikovaný rukopis, PVŠPS, Praha. Dostupné z: <https://www.pvsps.cz/studuji-pvsps/studijni-materialy/>

zdůvodnit, nebo (2) takové přetížení jako etiologický činitel již pominulo a lze předpokládat, že onemocnění se dále uchovává až nově přistoupivšími psychosociálními mechanismy intra- či interpersonální povahy.

V prvním případě je cílem dovést pacienta k tomu, aby se dokázal zprostit neúnosného stresu v druhém případě je předním cílem přerušit nemoc uchovávající "bludný okruh" prožitků a činů pacienta a odezev okolí na ně tak, aby nemoc přestala přinášet psychologický zisk a aby pacient začal dosahovat cílů "zdravými" způsoby duševního, fyziologického a behaviorálního fungování.

6. Psychoterapeutické postupy v psychosomatice

Zásahy do poruchového dění na různých úrovních řízení člověka se realizují někdy podobnými, někdy rozdílnými postupy psychologické léčby - jejích metod zacílených fyziologicky, behaviorálně, osobnostně, rodinně či sociálně.

Konkrétní zvolené postupy obsahují jeden či více prvků - psychoterapeuticky využitelných duševních dějů či mechanismů. Nejčastější využití zde mají: 1. citová abreakce, 2. kognitivní vhled, 3. citová korektivní zkušenost, 4. nácvik chování, 5. psychofyziologické zásahy.

Nárys přístupu:

Psychosomatický přístup zdůrazňuje integrační vztahy a děje v člověku, jeho (sebe)řízení a (auto)regulaci.

Zdravé i chorobné, patogenní i sanogenní působení probíhá různými okruhy na týchž úrovních integrace i mezi nimi navzájem:

Psychoterapie spočívá v uplatnění takových psychologických a psychologicky (prožitkově, významem) zprostředkovaných vlivů na člověka, které usnadňují (podněcují, odstraňují překážky) uplatnění sebeúdravných autoregulačních pochodů v něm.

Při psychoterapii využíváme různých kvalit a dějů duševního života, u nichž předpokládáme souvislost s předpokládaným poruchovým a očekávaným údravným děním v organismu. Každá psychoterapie vychází z určitého pojetí toho, co je v osobnosti, v jejím zdravém a porušeném bytí určující a z toho vyvozuje (či podle toho aspoň interpretuje) zvolené psycho-somatické cíle a metody:

Rozmanitost psychoterapeutických přístupů a postupů má své empirické opodstatnění a vyžaduje zdůvodněnou volbu. Jako každá porucha socio-psycho-biologické regulace a integrace má svůj zvláštní vzorec průběhu a působení, tak každý léčebný zásah (zahrnující psychoterapeutickou stránku) působí optimálně v odůvodněném skladbě svého obsahu a způsobu:

Volba vhodného přístupu a jeho začlenění do celkové léčby závisí na diagnostice pacienta s jeho problémem a etiopatogenetické úvaze založené na zhodnocení jeho dosavadního vývoje a současné situace v životě z hlediska pravděpodobných zdrojů vývoje poruchového a obnovení vývoje zdravého. Diagnostické, etiopatogenetické a prognostické formulace vyžadují propojení hledisek psychologických, somatických a ekologických (hmotných a sociálních). To vyžaduje od jednotlivého terapeuta dostatečnou znalost problematiky všech v daném případě dotčených úrovní organismu, nebo (a s výhodou) týmová součinnost dvou či tří specialistů, kteří našli společný jazyk:

Strategie psychoterapeutického zasahování spočívá ve volbě přiměřených (pacientovi a jeho problému) cílů - i ty podléhají často změně v důsledku nových zkušeností s terapeutickými pokusy, a ve volbě přiměřených způsobů psychologického působení, které dávají naději na je jich dosažení:

=====

Psychosomatický přístup

v současném pojetí "behaviorální medicíny" zdůrazňuje úlohu integračních dějů v člověku, tedy sebeřízení jeho organismu, které zajišťují vhodný průběh jeho životních dějů ve zdraví a také zprostředkují jeho selhávání i uzdravování při různých onemocněních. Zvykové rozdělení příčin a účinků chorobných dějů na "tělesné" a "duševní" je zde překonáno. Zůstává však užitečným hlediskem při určování, v jaké podobě se právě sledovaný chorobný nebo uzdravný vývoj nejzřetelněji projevuje, včetně pozorovaného nebo vysuzovaného sledu událostí, které tento vývoj představují.

V klinické práci je prospěšné počítat především s pěti takovými úrovněmi jevů, které se na průběhu nemoci a léčby podílejí:

- (1) *jednotlivý orgán, tělesné ústrojí, popř. tkáň,*
- (2) *organismus jako biologický sebeřídící celek,*
- (3) *osobnost jako psychologický sebeřídící celek,*
- (4) *rodina či jiná primární skupina jako sociální sebeřídící celek,*
- (5) *širší společenství jako místo začlenění do sekundárních skupin nebo institucí pro jedince důležitých.*

Patogenní, patologické i sanogenní působení probíhá u člověka zpravidla v opakovaných zpětnovazebných účincích - událostech, které někdy spolu souvisí na téže úrovni pozorování, někdy svou vzájemnou návazností prostupují více úrovněmi. Příkladem prvního typu sebeposilujícího okruhu - zde na úrovni osobnostního sebeřízení - je vnímání ohrožení, které v člověku vyvolává cit strachu, a tento strach opět (u disponovaného jedince) zvyšuje pravděpodobnost či intenzitu vnímaného ohrožení. Příkladem druhého typu takového okruhu je prožívání strachu (úroveň osobnosti), které vyvolává aktivaci sympatické nervové soustavy (úroveň organismu), jež vyvolává tachykardii (úroveň orgánové funkce) ta je pak vnímána jako ohrožující úkaz a dále zesiluje prožívaný strach (úroveň osobnosti).

Diagnostika psychosomatické poruchy, která svou povahou vždy prostupuje více úrovněmi, spočívá především v hypotetickém popisu takto navzájem relativních "příčin" a "následků". To umožní rozhodnout, ve kterých místech takového "okruhu poruchy" lze nejúčelněji zasáhnout k přerušení patogenních účinků a k obnovení či vytvoření zdravého průběhu událostí v jedinci samém a v jeho vztazích s okolím, což je pak úkolem terapie. Konkrétní hlediska, kterými k objasnění poruchového "psychosomatického" vzorce přispívá diagnostika psychologická a sociální, vypočteme dále.

Psychosociální hlediska "psychosomatické diagnostiky"

"Psychosomatická diagnóza" v uvedeném smyslu vyžaduje vystižení současného stavu nemocného a možností dalšího vývoje na různých úrovních jeho života včetně vzájemného příčinného propojení mezi nimi. Z hypotézy, co jak nač působí a k čemu to dále vede, lze vyvodit strategii léčby a zvolit její nejnadějnější prostředky.

Psychologická, popř. psychosociální stránka individuální poruchy vyžaduje získat odpovědi především na tyto otázky:

- 1) Jakým tlakům emoční povahy je pacient **v současnosti** ve svém životě vystaven? - Jde zvláště o mimořádně intenzivní citovou zátěž a o chronicky přetrvávající či opakující se přetížení, s nímž se pacient nemůže či nedokáže úspěšně vyrovnat. Důraz na emoce jako základní zprostředkovatel psycho-somatické zátěže v této tradici je zásadní a platný proto je důležité aktuální situaci pacienta z tohoto hlediska rozebrat na prvním místě.
- 2) Jaká selhání psychologické či psychosomatické povahy se **dosud v životě pacienta** vyskytla, v kterém životním období a v jakých situacích? - Zde jde o odhad pravděpodobnosti, že určitý druh poruchového "psychosomatického" reagování v minulosti již dříve způsobeným biologickým oslabením (uchovaným v konstituci) a

psychologickou zkušeností (uchovanou učením) podporuje současné nové selhání v podobné životní tísnivé situaci.

- 3) Jaké **"obrané" či "útočné" psychologické mechanismy** se mohou v podobě přítomného onemocnění a v podobě reakce pacienta na ně uplatňovat? - Nemoc, zvláště provázená člověka zjevně zneschopňujícími tělesnými příznaky, je v našem prostředí zároveň také působivým interakčním momentem: může účinkovat psychologicky jako hráz vůči oprávněným i neoprávněným nárokům ;okolí či vlastního citu odpovědnosti může také účinkovat jako cit viny v okolí budící "odplata" druhým (či světu vůbec). Má dané onemocnění význam či úlohu takové "zbraně" ve střetech jedince s nepříznivým světem?
- 4) Jaké jsou skutečné **subjektivní a objektivní důsledky současného stavu** pacienta a jeho chování pro něj samého? - Člověk právě takto nemocný zakouší v různé míře vnější a vnitřní "zisky" a "ztráty" v souvislosti se svým zvláštním postavením nemocného a se zvláštní povahou své nemoci. Nesporně ;o mnohé prospěšné a příjemné věci přichází často ale také mnohé získává. Které konkrétní položky v jeho psychosociálním "hospodářství" to jsou a jaká je jejich užitná hodnota z hlediska jeho objektivních potřeb a z hlediska subjektivní prospěšnosti či ztrátovosti s nimi právě spojené?
- 5) Jaké jsou jeho současné **individuální a interpersonální zdroje a možnosti** alternativních způsobů, jak zvládat své tísnivé životní okolnosti namísto zde uplatňovaného "řešení nemocí", které jsou pacientovi do budoucna dostupné? - Dynamicky je psychosomaticky podmíněné onemocnění chápáno nejen jako výsledek působení subjektivně a objektivně účinných "škodlivin" (včetně duševních konfliktů a stresu), nýbrž i jako v nějaké míře účinný způsob vyrovnání s nimi. Před pokusem pacienta tohoto nástroje životního přizpůsobení terapeuticky zbavit je na místě zjistit jeho jiné, zdravější možnosti, na jejichž využití pak lze terapii zacílit.

Výsledkem takto zaměřeného diagnostického rozboru pak je **hypotetická "rekonstrukce dosavadního vývoje pacienta v pracovníce použitelné podobě**, tj. obsahující ukazatele, kterým směrem je realistické **zacílit terapeutické působení**. "Psychosomatická" diagnóza vyžaduje vystižení situace nemocného, jeho současného stavu a jeho možností dalšího vývoje na různých úrovních životních pochodů (od tkáňových po společenské) včetně vzájemného příčinného propojení mezi nimi. Z hypotézy, co jak nač působí a k čemu to dále vede, lze pak vyvodit strategii léčby a zvolit prostředky, jimiž ji lze nejučinněji uskutečnit.

Povaha psychoterapie a její místo v psychosomatickém přístupu

Psychoterapie je léčebné uplatnění psychologických prostředků, tj. zásahů, jejichž "účinnou látkou" je vyvolání změny v prožívání a v dějích, které jsou s prožíváním spjaty: v individuálním a interakčním chování člověka, v jeho tělesném stavu a reagování a v událostech v jeho prostředí. V psychoterapii se uplatňují různé přístupy podle základních hypotéz o rozhodujících činitelích zdravé a porušené osobnosti a o takto indikované "terčové oblasti" psychologického působení, popřípadě o vhodném způsobu, jak dění v této oblasti zasáhnout a vhodně ovlivnit.

Hlavní typy psychologického výkladu zdravé a porušené funkce a vývoje osobnosti a možností jejich nápravy jsou pojetí: psychodynamická, behaviorální, kognitivní, humanistická a existenciální.

Psychodynamický přístup

spatřuje rozhodující osu lidského duševního prospívání či selhávání v pudové motivaci a v řešení jejího zákonitého konfliktu s nároky zvnitřněných požadavků společnosti a s nároky vnější skutečnosti. Příčinou osobnostní poruchy, která pak svými důsledky přispívá k poruše tělesné, je neřešení či neuspokojivé řešení takového konfliktu. Jeho

důsledkem a zároveň náhražkovým řešením je pak zjevná podoba poruchy - její symptom. Léčba takto podmíněného psychosomatického onemocnění vyžaduje odkrytí základního, zpravidla neuvědomovaného konfliktu v životním poli pacienta a jeho terapeutické vyřešení. Tělesná (symptomatická) stránka poruchy tím ztratí svůj psychologický podklad a buď se přirozenými pochody sebeúdravy organismu sama upraví, nebo (pokud již v důsledku svého dosavadního průběhu se stala přetrvávající vlastností stavby nebo funkce orgánu, tkáně či soustavy) zůstává předmětem již jen somatologické péče.

Behaviorální přístup

spatřuje rozhodující osu psychosomatického zdraví či porušenosti v učení. Porucha je v tomto pojetí totožná se symptomem a ten je v případě psychosomaticky podmíněného onemocnění výsledkem patogenního učení, obsahujícího "klasické" nebo "instrumentální" podmínění z nějakých důvodů se naskytnuvší funkční tělesné poruchy vyvolané buď zakoušeným emočním stresem nebo jiným vlivem a vzápětí upevněné jakožto účelný (úspěšný) způsob naplňování některých naléhavých potřeb jedince či jeho primární skupiny (rodiny, manželství ap.). Léčba takto podmíněné tělesné poruchy z tohoto hlediska vyžaduje především vytvoření ("naučení") vhodnějších způsobů, jak úspěšně dosahovat výsledků, ;doposud zajišťovaných projevy nemoci, jiným, zdravým způsobem dále pak vyžaduje zbavit chorobné projevy jejich účinnosti v tomto ohledu. K tomu poskytuje "terapie chování" praktické postupy prožitkového i fyziologického učení.

Kognitivní přístup

spatřuje v psychosomatickém stejně jako v psychologickém selhávání důsledek nevhodného hodnocení vlastní životní situace pacientem, převážně ve směru katastrofického zkreslení jejích nepříjemných a ohrožujících stránek. Psychosomatické poruchy jsou v tomto pojetí důsledkem prožívaného stresu, který si však člověk svým nepřiměřeným interpretováním a hodnocením událostí a situací sám působí. Tento stres má své nežádoucí somatické účinky, které působí jako další zdroj stresu a tím se dále zesilují, popřípadě upevňují nežádoucími zpevnováními. Jádrem léčby je přestavba kognitivních vzorců, podle nichž takto člověk stresově reaguje, a osvojování racionálnějších způsobů orientace ve skutečnosti a jejího hodnocení. Výhodnější, tj. "racionálnější" vnímání, chápání a hodnocení událostí a sebe samého, které omezuje vznikání stresu a následného psychologického a fyziologického selhávání, je zde nápravou příčiny. Vyléčení somatických poruch pak proběhne spontánně, nebo použitím jiných, somaticky či psychosomaticky zacílených postupů symptomatické léčby.

Humanistické a existenciální přístupy

spatřují v tělesném psychosomaticky podmíněném onemocnění či poruše osobní vyústění toho, že z nějakých existenciálních důvodů individuální či sociální povahy se člověk vzdává možností seberealizace nebo realizace svých životních hodnot. Vnímá se pak jako neschopný či bezcenný a klinická "nemoc" se mu stává vnějším výrazem a ospravedlněním tohoto přijatého postoje "ne-moci" osobní. Podobně jako v pojetí psychodynamickém je i ;zde konkrétní povaha jeho tělesných příznaků vedlejší rozhodující je jeho osobní volba odpovědného postoje k vlastnímu životu, ke svým možnostem, mezím a přijatým hodnotám a úkolům v něm. Terapie zde má povahu osobního bytostného setkání terapeuta s klientem, v němž se terapeut stává povzbuzujícím průvodcem trpícího tak, že ho vede k přijetí sebe a vlastního života s vírou v jeho i svou hodnotu, svobodu a odpovědnost. "Nemoc" tím ztrácí svou hodnotu a úlohu únikového životního přizpůsobení, zprošťujícího klienta dosud obávané odpovědnosti. S tím, jak pacient opět přijímá sebe, své okolnosti a výzvy svého života, stává se nemoc ve své úloze "volání o pomoc" i "mravního alibi" postradatelnou, což pak umožňuje spontánní či jinými metodami léčby zprostředkované uzdravení.

Z obecného pohledu má léčebné uplatnění kteréhokoli psychoterapeutického přístupu postavení analogické tomu, jak se jím vytčené vlivy uplatňují při vzniku a průběhu onemocnění. Prakticky však psychoterapie nemůže a ani nemusí při svém působení užívat stejných cest, jakými se konkrétní onemocnění rozvíjí a uchovává. Její způsob a obsah je volen podle předpokládaných účinků konkrétního psychologického zásahu na současný zdravotní stav jedince a na jeho další vývoj. Jako každá léčba, i psychoterapie směřuje především k překonání patogenních vlivů a jiných překážek bránících uplatnění vlastních úzdravných zdrojů v jedinci a v jeho prostředí.

Vzhledem k tomu, že skutečně působící zdroje poruchy i vůči nim vhodná "místa zásahu" (obvykle jich každá porucha nabízí více) mohou být u konkrétních případů na různých úrovních funkcí a struktur somatických, psychických či sociálních, spojují se v léčbě obvykle i různé terapeutické přístupy. Především je nutno organické spojení léčby biologické (somatoterapie) a psychologické (psychoterapie) tak, aby se vzájemně strategicky podporovaly a nepřekážely si navzájem svými nežádoucími psychologickými "vedlejšími účinky". Dále stručně připomeneme další strategická hlediska při uplatnění psychoterapeutických postupů u psychosomatických poruch a jejich hlavní zacílení vzhledem k úrovním zasahování.

Psychoterapeutické strategie a zásahy v psychosomatice

Psychosomaticky zaměřené uplatnění psychoterapie lze povšechně vztáhnout ke dvěma obecným druhům situací a podle toho zvolit cíl a způsob postupu. Je třeba (diagnosticky) stanovit, zda (1) je stále přítomno akutní či chronické přetížení jedince, jímž lze přítomnost onemocnění zdůvodnit, nebo zda (2) takové přetížení jako etiologický činitel již pominulo a onemocnění se nadále uchovává až nově přistoupivšími biopsychosociálními intra- a interpersonálními mechanismy působení. (Ty pak mohou mít povahu zpětnovazebné smyčky - sebezpodporujícího "bludného okruhu" intrapsychické povahy, např. utrpení z nemoci jako vinu ;snímající, a tím psychologicky užitečný, způsob sebetrestání nebo povahy interpersonální, např. vlastní nemoc jako psychologicky působivý a přítom mravně "nevinný" způsob trestání vlastního okolí, nebo způsob získávání péče a citu od něj.)

V prvním případě je cílem psychoterapeutického zásahu dovést pacienta k tomu, aby se dokázal zprostit neúnosného stresu zaujetím přiměřenějších, realističtějších postojů ke stresově prožívaným vlivům, osvojením účinnějších dovedností ke zvládnání dosud nezvládnutých nároků, nebo i zásadními praktickými změnami ve své životní situaci a ve svém způsobu života. K tomu se lépe hodí psychoterapie využívající realističtějšího pochopení souvislostí vlastních problémů a zdravotního selhávání (vhledu), dále psychoterapie citově abreaktivní a citově korektivní, popřípadě i psychoterapie nácviková (k získání interpersonálních dovedností účinnějšího prosazení vlastních ;potřeb a cílů) své místo zde má i terapeutické propracování a přehodnocení životních hodnot a cílů. Důraz je na odstranění nebo překonání dosud nemoc působícího stresu v životě pacienta změnami objektivní nebo subjektivní povahy a na obnovení sebevlády, tj. umění vyrovnat se s nároky života praktickými rozhodnutími a činy včas a v dostatečné míře a tím psychosomatickému selhání nadále předcházet.

V druhém případě je cílem psychoterapeutického zásahu přerušit nemoc uchovávající "bludný okruh" prožitků a činů pacienta a odezev okolí na ně tak, aby nemoc přestala přinášet psychologický zisk a aby pacient začal dosahovat svých cílů zdravějšími způsoby smýšlení, cítění, jednání a fyziologického fungování. K tomu se dobře hodí psychoterapie zaměřená na ;příznaky a na jejich důsledky v životě jedince zvláště postupy zacílené na přímé odstraňování poruch a obnovení normální funkce fyziologických pochodů (psychofyziologické postupy), dále "podmiňovací" postupy modifikace chování (zamezení výhod z projevů nemoci a naopak soustavné poskytování zpevňujících "odměn" za zdravé projevy) a k nim potřebný nácvik zdravé produktivních postojů a způsobů chování.

Obecné psychoterapeutické strategie se realizují prostřednictvím dílčích postupů, které navozují terapeuticky účinné změny v pacientovi a v jeho (pro onemocnění významném) nejbližším okolí. Součástí volby konkrétního postupu je volba typu psychoterapie: individuální, umožňující především intenzivní ovlivnění sebepoznání, sebepojetí a sebeřízení ;pacienta samého skupinové, umožňující především intenzivní využití terapeuticky řízených sociálních vlivů na sebepojetí pacienta a jeho výcvik v sociálních dovednostech a v účinnějším ;praktickém chování rodinné, umožňující přímý zásah do patogenních a sanogenních vztahů a dějů v celé rodině či v její podstatné části tak, aby výskyt "nemoci" a "nemocného" člena rodiny přestal být pro ni potřebným účelovým jevem a aby její terapeuticky vytvářená, zdravější struktura a funkce naopak umožnila dosavadní účelnou úlohu onemocnění v rodině opustit a obejít se zdravě bez ní.

Konkrétní metody vypracované pro daný případ obsahují v různém výběru a poměru dílčí psychologické intervence a účinky s terapeutickým potenciálem. Nejčastěji se u psychosomaticky podmíněných poruch uplatňují:

Emoční abreakce

Již samo vyjádření dosud skrývaných, potlačovaných citů (o něž je třeba v psychoterapii velmi takticky zápasit) a jeho chápající přijetí terapeutem "rozpuští" emoční tenzi a tím činí postradatelnou i její (často "náhražkovou") somatickou projekci ve funkční či strukturní poruše organismu. Abreakce lze v běžných podmínkách dosahovat především v individuálním rozhovoru ;pacienta s terapeutem ve skupinovém rozhovoru podobně ;postižených psychosomaticky nemocných v psychodramatickém ztvárnění a řešení citově nabitých problémů pacientů z jejich ;současnosti i z jejich minulosti v řízené fantazijní imaginaci ;zaměřené na oblasti citového stresu či strádání v terapeuticky řízené konfrontaci vlastních citů a potřeb s city a potřebami členů vlastní rodiny nebo jiných osobně významných lidí.

Vhled

"Prohlédnutí" podílu vlastních myšlenek, citů a postojů na svých životních problémech, konfliktech a selháních, a prohlédnutí způsobů, jimiž se pacient dosud vázal v bludném okruhu interpersonálních selhání, popřípadě i pochopení úlohy vlastního onemocnění v osobním a společenském vyrovnávání s nastávajícími problémy může ve svých důsledcích změnit celkový postoj a počínání pacienta. Takové porozumění může být zprostředkováno individuálním nebo skupinovým rozbořením pacientovy anamnézy, zaměřeným právě na způsoby, jakými dosahuje určitých cílů a vyhýbá se určitým obtížím v životě, a jak do těchto způsobů zapadá i jeho nemoc a jeho postoje a chování vzhledem k ní. Často dosáhne pacient takového porozumění napřed na druhých pacientech a až pak je schopen vztáhnout je i na sebe a aktivně hledat nové cesty, jak si v klíčových životních situacích počínat zdravěji a zvládat jejich nároky bez zátěže i bez opory psychosomatického onemocnění.

Emoční korekce

Psychosomatické onemocnění může být pro pacienta kromě jiného i zásadní strategií, jíž si (třeba neuvědoměle) získává aspoň skrovný díl kladného citového přijetí (v podobě soucitu ap.), zatímco na základě vlastní zkreslené citové orientace (nebo i nevhodných postojů okolí) očekává za "zdravé" projevy naopak až neúnosný díl společenské odpovědnosti a nároků a pak za předjímané či opravdové vlastní selhání očekává odmítnutí a jiné "trestající" odezvy. Nežřídko tak sobě i lidem okolo sebe uzavírá cestu, aby se jejich vzájemné vztahy vyvinuly jinak a lépe. Terapeutické vytvoření odlišné (a zpravidla celkově příznivější) citové zkušenosti - někdy v individuálním psychoterapeutickém vztahu, častěji však ve skupinově terapeutické práci nebo i v bezprostřední práci s manželskými a rodinnými vztahy - dává možnost "přepólovat" takové patogenní citové očekávání, popřípadě překonat důsledky takové dosavadní

patogenní zkušenosti. K tomu slouží dobře individuální nebo skupinový rozhovor často je však potřeba podnítit praktické ověřování a potvrzování "opravených" očekávání ve směru budování odvahy a kladnějšího sebepojetí pacienta i jeho konkrétními činy uskutečňovanými v modelové, psychoterapeutické situaci, i terapeutickými úkoly plněnými pak v běžných životních situacích pacienta.

Nácvik chování

Psychosomatické onemocnění často výrazně omezuje společenskou aktivitu pacienta. Toto omezení pro něj na jedné straně představuje utrpení v podobě subjektivně prožívané ztráty vlastní společenské hodnoty. Na druhé straně však tím člověka také určitých nároků a zátěží společenského života zbavuje: na nemocného je nevznáší ani okolí, ani on sám, a tak svým hendikepem paradoxně též psychologicky získává. Nemoc se stává také "způsobem chování", jímž si náhražkovitě získává ohledy, cit, někdy i ocenění ("co vše musí snést"). Čím více se pacient takto spojí se svou nemocí jako s prostředkem sebeochrany a sebeprosazení ve společenských vztazích, tím méně má snahy i příležitosti osvojovat si zdravé praktické způsoby sebeprosazení v nich. V takových případech je terapeuticky cenný přímý nácvik určitých společenských dovedností - způsobů jednání, které pacientovi umožní úspěšně komunikovat a dosahovat praktických cílů v jednání s druhými lidmi, aniž by v tom byla zúčastněna a potřebna jeho nemoc. Ta se pak může stát v jeho soužití s druhými postradatelnou a jejímu vyléčení tím přestávají bránit psychosociální motivy. Nácvik chování probíhá nejlépe v modelové situaci psychoterapeutické skupiny pacientů, anebo přímo v terapeuticky vedené přirozené situaci partnerské či rodinné interakce.

Psychofyzilogická regulace

Mnohé prospěšné změny v duševním stavu i ve fyziologickém dění lze psychoterapeuticky navozovat využitím reflexních psychofyzilogických a fyziopsychologických účinků. Činnost zvláště vegetativního nervového systému, popřípadě dalších regulačních soustav organismu, a jimi zprostředkované činnosti tělesných ústrojí a soustav v podstatné míře podléhá i změnám cíleně navozovaným v prožívání jedince. Naopak změny ve fyziologii jsou samočinně provázeny i změnami duševního stavu. Takto buď jednosměrného nebo zpětnovazebného působení využívají k harmonizaci nebo k léčivým zásahům do průběhu psychosomatických onemocnění různé psychoterapeutické postupy, z nichž se k využití v běžných ambulantních podmínkách u nás nejspíše osvědčí hypnóza a autogenní trénink či obdobná technika ;využívající celkové nebo dílčí relaxace nověji se takto uplatňují postupy využívající k relaxaci nebo aktivaci určitých orgánů či pochodů přístrojově zprostředkované "biologické zpětné vazby". Takové postupy umožňují terapeuticky žádanou změnu v terčové duševní nebo tělesné oblasti vyvolat a pak ji dalším cvičením dále budovat a upevňovat.

Praktickým úkolem psychologického rozboru povahy a souvislostí právě přítomné poruchy u daného pacienta je tedy vhodně zrekonstruovat pravděpodobný průběh jejího vzniku a uchovávání a vůči tomuto popisnému a vysvětlujícímu "vzorci" působících činitelů a vlivů zvolit a zaměřit odpovídající metodu léčby.

* * * * *

Podaný přehled slouží základní orientaci o uplatnění psychoterapie v tomto ohledu. Podrobnější teoretická, strategická a praktická vodítka jsou obsažena v dalších odborných textech (v českém jazyce):

- Balcar, K. (2000; 2010). Děti s psychosomatickými poruchami. In J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz. *Dětská psychoterapie (2. a 3. vyd.)*. Praha: Portál, 362-389.

- Balcar, K. (2006). Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. In P. Říčan, D. Krejčířová a kol. *Dětská klinická psychologie (4. vyd.)* Praha: Grada, 141-154.
- Balcar, K. (2006). Psychoterapie u dětí a dospívajících. In P. Říčan, D. Krejčířová a kol. *Dětská klinická psychologie (4. vyd.)*. Praha: Grada, 493-550.
- Baštecký J., Šavlík J., Šimek J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada - Avicenum.
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika – celostný pohled na zdraví těla*. Praha: Portál.
- Poněšický J. (1999). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Raudenská, J., Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008) *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

Případ psychosomaticky zaměřené péče:

Průběh diagnostiky a léčby u E. H. s atopickým ekzémem

Pacientka:

E. H., svobodná 19letá žena. V době léčby žije se svými rodiči v rodinném domku v jižních Čechách. Před dvěma měsíci dokončila gymnázium maturitou a nyní je doma s rodiči. Po absolvování střední školy dostala plný invalidní důchod kvůli svému somatickému onemocnění. Její starší sestra je psychologicky „na odchodu“ – bude se vdávat a plánují s partnerem odstěhování z rodinného domku do vlastního bytu. Pro pacientku je její rodina velmi důležitá, má je ráda a aktivně se podílí na životě domácnosti.

Rodinná a osobní anamnéza vzhledem k onemocnění:

V rodině pacientky se podle sdělení pacientky podobné onemocnění ani jiné závažné tělesné nebo duševní onemocnění nevyskytovalo. Sama trpí atopickým ekzémem již od narození, po několika letech se k němu připojily i alergické potíže. Stav nemoci byl zhruba stejný do 14 let jejího věku, pak nastalo výrazné zhoršení během posledních 6 let. Pacientka se stala invalidní a vyžaduje intenzivní somatickou léčbu. Byla dvakrát hospitalizována (2 měsíce na kožním a 3 měsíce na alergologickém oddělení) pro svou nemoc; pak „se zhroutila“ a byla léčena i psychiatricky, ambulantně ve Výzkumném ústavu psychiatrickém. V současnosti ji její tělesný stav značně stresuje, avšak duševně se cítí (a také objektivně působí jako) vyrovnaná.

Současný stav:

Časté (asi dvakrát týdně) nové výsevy vyrážky v podobě náhlého bolestivého zduření kůže (ty nazývá „vyhozením“) po celém těle, provázeného silným svěděním. To vyvolává škrábání kůže nehty, jež celý stav zhoršuje. Po aplikaci mastí kůže postupně vysychá a bolestivě praská, pak se odlupuje. Průběh onemocnění se zhoršuje také při stresu (např. v obdobích zkoušení ve škole) a po citovém rozrušení.

Dosavadní léčba:

Doposud hlavně dermatologická: aplikace mastí obsahujících kortikosteroidy; antihistaminika; mořské lázně, dieta, v posledních 3 letech již připomenuté hospitalizace.

Požadavek na spolupráci psychologa:

Ke mně coby psychologovi ji doprovází dermatoložka, k níž byla pacientka do Prahy předána místními odborníky s dg. „atopický ekzém, alergie“ a ke které pravidelně dojíždí. Protože stav pacientky se navzdory léčbě postupně zhoršuje po stránce somatické i

psychické, ošetřující dermatoložka žádá o psychoterapii s cílem pacientku celkově zklidnit a zvláště zabránit dalšímu rozrušení a stresu, vyvolávanými zakoušenými potížemi, což celkový stav pacientky dále zhoršuje. Lékařka sama navrhuje nácvik relaxace a hypnosuggestivní léčbu. Sama ji bude dále léčit somaticky a podle možnosti ji podporovat v psychotherapeutické spolupráci se mnou.

Psychosomatický rozbor případu:

Případ je lékařsky veden jako somatické onemocnění, postihující pacientku na úrovních

1. orgánu a tkáně (postižení kůže) a

2. organismické regulace (alergické imunitní reakce).

Pacientka při rozhovoru o svém problému a o svém životě neudává žádné jiné osobní, rodinné či společenské problémy – „všechno je jinak v pořádku“, kromě

3. osobnostní (citové a kognitivní) nepohody, již přičítá vývoji svého onemocnění.

Vcelku působí dojmem inteligentní, čilé a optimistické mladé ženy, „spoutané“ a občas silně deprimované invalidizující tělesnou nemocí.

Zvolený postup a průběh psychoterapie:

K psychoterapii pacientka dojížděla do Prahy synchronně s dermatologickými kontrolami celkem po dobu 16 měsíců, zpočátku v přibližně dvoutýdenních intervalech, později prodlužovaných na čtyřtýdenní. Celkem se uskutečnilo 26 psychotherapeutických setkání (s dvouměsíční přestávkou v dojíždění o prázdninách).

Psychoterapii jsem zahájil zprvu lékařkou doporučenými a s pacientkou (s patřičným racionálním zdůvodněním) dohodnutými psychofyzilogickými postupy - nácvikem relaxace a hypnosuggestivně budovanou dovedností autoregulačního omezování svědění a denního i nočního škrábání kůže. Zvláštní postupy zaměřené na somatickou symptomatiku a na reagování pacientky na ni byly provázeny rozhovory o subjektivním prožívání nemoci a léčby pacientkou a navíc i o tom, jak prožívá svůj život za současné situace a oč jí v něm jde. O průběhu a pozorovaných výsledcích speciálních terapeutických zásahů i o poznatcích o duševním stavu a životní situace pacientky se psycholog s dermatoložkou průběžně informovali.

Zásah do psychofyzilogicky zprostředkované dynamiky onemocnění:

V průběhu zjevně psychofyzilogicky – symptomaticky a zároveň somaticko-kauzálně – zacílené autoregulační, hypnosuggestivní a hypnoimaginativní psychoterapie se v časovém rozpětí několika týdnů především podstatně omezilo škrábání a tím se zmírňují takto dosud vyvolávané komplikace a zhoršování akutního stavu i jeho hojení. Postupně se také zmírňuje i intenzita akutních „vyhození“ (hovoří o „menší formě“), takže v mírnějších případech již stačí zklidňování a zvláčňování kůže mastí bez hormonálních složek. Výskyt akutních příznaků se v prvním půlroce psychoterapie příliš nemění, postupně se však zmenšuje v dalších měsících.

V rozhovorech se pacientka (na pohled sympatické, citově vyrovnané a aktivní děvče) nejprve svěčila s tím, že kvůli svému onemocnění postrádá příležitosti uplatnit své schopnosti a své motivy prostřednictvím společensky hodnotných činností ve prospěch životních cílů, které by ráda prakticky uskutečňovala. Vážné onemocnění ji nutilo „jenom být doma“, a to prožívala jako silnou frustraci a další zdroj duševního stresu, tentokrát v oblasti

(5) širších společenských vazeb a aktivit.

Zásah do společenského začlenění pacientky:

Protože povaha onemocnění jí zamezovala pravidelnou docházku do zaměstnání nebo do školy v obdobích akutních propuknutí příznaků, avšak nikoli ve dnech mezi nimi,

uvítala návrh, aby se přihlásila a po úspěšném složení přijímacích zkoušek zahájila dálkové studium na Vysoké škole ekonomické v Praze, což pro ni bylo lákavou příležitostí. To od ní vyžaduje samostatně doma studovat, což ji baví, a každé dva týdny dojíždět na dvoudenní konzultace. Studovala a pak i skládala zkoušky úspěšně a mimo to se skamarádila se spolužáky blízkými věkem i zájmy, s nimiž si vzájemně rozuměli. Podle toho, co a jak o tom říká v rozhovorech „na okraji“ psychofyziologicky zacílených terapeutických hypnosuggestivních a autoregulačních cvičení, spojovaných s reorientací a ujišťováním o postupném celkovém zmírňování nemoci, je patrné, že jí toto nově vytvořené, vysokoškolské „druhé centrum“ jejího života pomáhá odpoutat se od soustředění na vlastní nemoc i na vlastní rodinu, k níž byla – jak se později ukázalo – až příliš připoutána vlastní angažovaností a loajalitou.

Objevení patologické rodinné dynamiky jako problému:

Po přibližně 3 měsících od zahájení psychoterapie se však obraz celkového životního pozadí somatického onemocnění rozšiřuje i o možný patogenní problém

(4) rodinný:

Pacientka poprvé v rozhovoru porušuje původně předložený obraz „dobré rodiny, kde se mají rádi“ a sděluje, že „otec je hrozný sobec“, který často verbálně (snad i fyzicky?), často i v podnapilém stavu po návratu z hospody, napadá matku. Pacientka se v takových případech zastává matky, napadá slovně otce a obviňuje ho za jeho počínání. Otec se pak rozhněvá na ni, že „jí do toho nic není“, avšak tělesně ji neohrožuje a v hněvu odejde. Matka se pak „pověsí“ na pacientku, vypráví jí o svém utrpení s manželem a říká, že na světě už má jenom ji, kdo s ní cítí. Na pacientčino vybízení, že by tedy měla svůj problém s manželem řešit třeba rozvodem, však nechce slyšet – „nedokáže to“. – Tento patologický „vzorec“ konfliktní manželské interakce, v němž je otec zvýšeně závislý na své manželce v praktických věcech, matka naopak zvýšeně citově závislá na uchování manželství, je v tomto případě „triangulovaný“ již anticipovaným a pak pravidelně realizovaným vstupem dcery do dění. Tak to u nich funguje již dlouho a má to – jak se snažím pacientce co nejpraktičtěji na jejích vlastních pozorováních ukázat – v déledobém výhledu výrazně nežádoucí důsledky:

1. Vstup dcery do konfliktu na ochranu matky „reguluje“ jeho průběh tak, že ten nemůže dospěje ke skutečnému řešení tam, kde vzniká, tj. v manželském vztahu;
2. dcera jako „jediná záchránkyně“ matky v této situaci vidí jako svou povinnost zůstat v rodině, stát tam po boku matky proti svému otci a stavět se na její ochranu;
3. při čemž pro ni doposud jediným účinným způsobem, jak dosáhnout určitého přechodného odstupu od svého zapojení v interakčním rodinném „bludném okruhu“ ročičovského konfliktu byly projevy její vlastní nemoci.

Kognitivní a emocionální reorientace pacientky vůči rodinného problému.

Zhruba po půl roce od zahájení psychoterapie (a po dvouměsíční prázdninové přestávce) se vývoj somatického onemocnění spíše mírně zhoršil (přibližně návratem na výchozí úroveň) poté, co tématem nyní již převažujících terapeutických rozhovorů se stal pacientkou intenzívně prožívaný rodinný problém a její počínání v něm. Nácviková a hypnotická část terapeutických setkání se stala spíše rámcovým „rituálem“ a vlastní terapeutický zápas probíhal v konfrontaci pacientky s tím, co na jedné straně sama viděla a chápala z dynamiky konfliktního dění mezi jejími rodiči a tím, jakou roli, postoj a způsob chování si v této situaci sama volila. Pacientka postupně nahlížela, že její ušlechtilé motivovaná a statečná snaha pomoci otcem trýzněné matce jednak napomáhá uchování současného stavu, mj. i tím, že matka se uchyluje k ní jako k „náhradnímu partnerovi“ namísto ke konstruktivnímu řešení manželského problému na své, tj. partnerské (a vůči dceři „rodičovské“) rovině. V důsledku toho, že matka uhýbá před odpovědným člením chování svého manžela závislým „zajetím“ dcery jako své jediné opory, není ani otec nucen vyrovnávat se s oprávněnou obranou své manželky a chorobný interakční vzorec

dále pokračuje. Až po přibližně 15 terapeutických setkáních (9 měsících) od zahájení psychoterapie však pacientka přistupuje na to, že chce-li svým rodičům, a to i své matce, pomoci k vyřešení jejich konfliktního vztahu, musí se své dosud zaujímané role (včetně citového „podpírání“ závislosti a pasivity své matky) v něm vzdát a namísto toho předat řešení rodičovské dvojici samotné, protože – jak se již dostatečně přesvědčila – její dosavadní angažování nikomu nepomáhá, nýbrž pouze udržuje výhledově pro manželství rodičů zhoubnou interakci v chodu. Na toto „reorientování“ pacientky v jejím postoji pak navazujeme společným zvažováním a plánováním jejich prospěšnějších, byť zprvu matčin (a pravděpodobně i otcův) stres aktuálně zvyšujících, praktických kroků v dalších případech zjevného propuknutí konfliktní interakce mezi agresivním otcem a bázlivou matkou. Tato praktická rozhodnutí se pak pacientka postupně, po malých krocích, učí i prakticky prosazovat a vysvětlovat i matce. Po počátečních těžkostech pacientka sděluje, že nová zkušenost, že takto nezpůsobila žádnou novou tragédii, jí přináší zážitek velice vítaného osvobození od břemene, s nímž dosud dobrovolně a obětavě, avšak v konečných důsledcích marně žila v touze prosazovat spravedlnost ve vztahu svých rodičů.

Vývoj somatického onemocnění a osobních vztahů pacientky po její rodinněterapeuticky zacílené reorientaci:

Po přibližně 20 terapeutických setkáních (11 měsících od zahájení psychoterapie) je patrný obrat v průběhu kožního onemocnění, časově navazující na vyslovené rozhodnutí, že se v konfliktech opilého otce s bázlivou matkou už odmítá dále angažovat. „Velké vyhození“, vyžadující ošetření mastmi, se namísto dvakrát týdně vyskytuje už jen v průměru jednou za týden. Spouštěcím podnětem se zdají náhlé změny počasí, výjimečně i předzkouškové napětí. Výsevy ekzému navíc již nejsou pravidelné, někdy se nakupí (spolu s poruchami usínání) zpravidla v souvislosti s akutním onemocněním horních dýchacích cest. Jindy se vyskytují jen jakési jejich „předstupně“ a ona má pocit, že skutečné propuknutí nějak dokáže „držet na uzdě“. Pokud se objeví, pozoruje s podivem, že jejich rozsah na kůži bývá menší a jejich umístění se změnilo na rozložení vyskytující se nikoli bezprostředně před terapií, nýbrž v mladším věku před několika lety. Sděluje, že žije v mnohem menším napětí a ubývá toho, co jsme nazvali „polekáním organismu“.

Zároveň sděluje, že se citově sblížila se svým dobrým kamarádem, chlapcem asi o rok starším, s nímž se zná už pět let, jemuž už dříve svěřila vše o svém onemocnění a jenž to velice klidně a pěkně přijal.

Sděluje, že vyskytne-li se exacerbace ekzému, často stačí na její zklidnění již jen mast bez hormonální složky. Až dvoutýdenní období bez „velkého vyhození“ jsou stále častější, ač se střídají s občasnými intenzivnějšími příznaky. Pacientka si osvojila roli již technicky plně kvalifikované specialistky na hypnosuggestivně vedené psychofyziologické regulační zásahy a instruuje mě, co jí přitom jak prospívá, nebo vadí.

Ukončení pravidelné psychoterapie:

Po celkem 26 setkáních v průběhu celkem 16 měsíců je stav subjektivně i objektivně podstatně zlepšen – akutní symptomy se vyskytují jednak v rozsahu přibližně jedné čtvrtiny až jedné poloviny svého předterapeutického výskytu, jednak většinou v mírné formě, zvládnutelné mastmi bez hormonů a dokonce i účinně regulované (tj. zmírnované) autoregulačními relaxačními a imaginativními postupy, které si pacientka během terapie úspěšně osvojila. Na dotaz, jak si nyní sama představuje nejučelnější další spolupráci v terapii, říká, že by „u mne mohla skončit a sama provádět relaxaci“. Končíme tedy pravidelnou spolupráci s dohodou, že má možnost tuto spolupráci v případě potřeby kdykoli obnovit. – Pak přijíždí již jen jednou po asi dvou měsících při vhodné příležitosti na spíše „společenskou“ návštěvu a sděluje, že úspěšně studuje, že plánují se svým přítelem sňatek a společný život mimo rodičovský dům a že to rodiče chápou. O jejich manželském vztahu spontánně nemluví a já se nedotazuji, jsem spokojen s tím, že se vzdala své

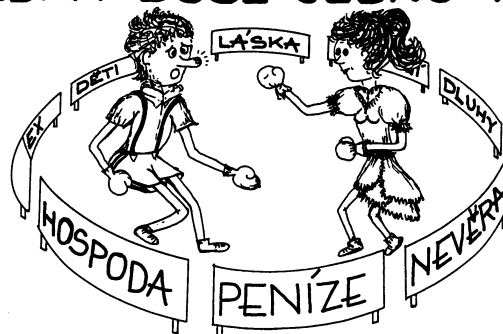
marné snahy zachraňovat a napravovat něco, co nebylo její odpovědností a nebylo ani v její moci.

Největší část závěrečné fáze psychologické léčby proto byla věnována rozvíjení náhledu pacientky, že její zapojení a zásahy do konfliktního dění mezi rodiči jim nemohou pomoci, nýbrž naopak pouze přispívají k jeho dalšímu pokračování již zaběhnutým způsobem. Přes počáteční, dobře míněný odpor se pacientka nakonec rozhodla i prakticky se odpoutat od patologického interakčního vzorce ve své rodině a vydala se ve svém životě jiným směrem.

Přibližně po roce mi pacientka posílá svatební oznámení, vyvedené humorně jako boxerský zápas mezi – již několika boulemi ozdobenými – dívkou a chlapcem v ringu ověšeném po obvodu transparenty s nápisy „uklizení“, „peníze“, „sex“, „hádky“, „nevěra“, „zaměstnání“ apod. Její realistické a stenické vyjádření společných partnerských vyhlídek, přes zjevnou humornost s přídechem sportovně chápané agresivity i v manželském soužití, na mě při určité znalosti pacientčiny přátelské povahy a přirozené altruistické hodnotové orientace působí spíš uklidňujícím než znepokojujícím dojmem realistického nadhledu a chuti do opravdového manželského vztahu vzdor možným nesnázím ... a odvahy i „sportovně“ bojovat za své i za společné hodnoty tam, kde k tomu je svou autentickou rolí povolána.

Svatební oznámení E. H. 2 ½ roku po ukončení psychoterapie:

JEDNA DUŠE JEDNO TĚLO



JEN ABY TO NEBOLELO

DAN EVA