

PSYCHOTONOVÝ INTERVIEW U EMOČNÍCH NEUROS¹⁾

S. KRATOCHVÍL

Psychiatrická léčebna, Kroměříž

K usnadnění explorační a psychoterapie lze v klinické praxi v řadě případů s úspěchem využít změněného duševního stavu, navozeného psychofarmakologickými účinky některých drog. Vedle farmak, tlumících centrální nervový systém a navozujících přechodný stav mezi bděním a spánkem (krátkoúčinné barbituráty, éter, narkogen, chlorpromazin), užívá se v posledním desetiletí i excitancií CNS, budivých aminů.²⁾

K budivým aminům, majícím vedle psychomimetického též sympatikomimetický účinek, patří 2 sloučeniny. Je to jednak *benzedrin* (fenylisopropylamin, v angloamerické literatuře uváděný jako amphetamin, v sovětské fenamin, u nás Psychoton), jednak *pervitin* (fenyletylisopropylamin; metylamphetamin, metamphetamine, Methedrine). Pervitin má o jednu metylovou skupinu více než benzedrin a asi 2X silnější účinek centrálně stimulační při menším účinku periferním.

Metoda je u nás od průkopnických prací Žalmanových známa pod názvem psychotonový interview, podle označení čs. preparátu. Zkoušela se v řadě psychiatrických pracovišť, její souborné kritické zhodnocení však dosud chybí. V této práci podávám přehled literatury a zhodnocení metody u neuros s emoční etiologií — kde se zdá být z hlediska psychoterapie její přínos nejvyšší — na základě zkušeností otevřeného oddělení psychiatrické léčebny v Kroměříži.³⁾

1. Historie

Simon a Taube (25) v předběžném sdělení z r. 1946 o klinickém efektu 15–20 mg intravenózně podaného methedrinu u tří psychiatrických pacientů zdůraznili, že methedrin dělá pacienty hovornějšími, uvolňuje blokované emoce a vyvolává pocit dobré pohody. Na jejich práci navázal *J. Delay* se spolupracovníky; vypracovali v letech 1947–49 první užití dávek i. v. budivých aminů v explorační a terapeutickou metodu. Použili nejprve 30 mg methedrinu u čtyř případů mutismu, kde emočním odtokem a vyvedením pacienta z jeho mutismu byla umožněna explorační hlubších vrstev jeho psychiky (4). V dalším sdělení (5) referují o úspěších s metodou u 15 neurotiků a navrhují pro ni název »amphetaminový šok«. Zkoušejí ji též u maniodepresivních a katatonních psychos

1) Stručné závěry práce předneseny na I. celostátním psychiatrickém sjezdu v Mariánských Lázních v září 1958.

2) Nejnověji se setkáváme se zprávami o užití i jiných, nově připravených excitancií (psychomimetik) odlišného chemického složení, např. Ritalinu (Alema a Sergio podle 28).

3) Na hodnocení metody u dětí pracuje v Brně Švancara a Černý.

Referát prof. Janoty »K zhodnocení tzv. narkoexplorační« (ČLČ 1955, 323), kde je metoda zařazena mezi metody narkoexplorační a s nimi kritizována, se týká více narkoanalýsy než psychotonového interview.

(6). Srovnávajíce ji s narkoanalysou, domnívají se, že narkoanalýza je efektivnější v odhalení nevědomých sil a uvolnění amnestického stavu, zatím co amphetaminový šok je vhodnější pro exploraci vědomí, zamlčení a má efektní terapeutický účinek zejména tam, kde je základem léčení emoční abreakce (7).

Levine, Rinkel a Greenblatt 1948 popsali fyziologické a psychologické účinky při dávce 20 mg pervitinu u skupiny 75 psychiatrických pacientů. S výjimkou pěti psychotiků pozorovali u všech neklid a povídavost; u psychotické skupiny diagnosticky významné zesílení bludů a vynesení na povrch různých fantasií, u neurotiků vyprávění do detailu o dříve zatajovaných konfliktech, při čemž sdělování materiálu s emočním nábojem bylo »dramatické«. Srovnání účinnosti pervitinu a benzedrinu (benzedrin v dávce 20—40 mg), provedené u patnácti pacientů, vyznělo ve prospěch pervitinu: po benzedrinu postrádali u sděleného emočně zbarveného materiálu, pokud vůbec byl získán, hloubku a osobní význam i prospěšný vliv pro další psychoterapii (16).

V letech 1950—51 zpracovává metodu k odreagování tense a afektivních konfliktů u nás *E. Žalman*. Rází pro ni místo »šok« vhodnější název »interview«. Na rozdíl od zahraničních autorů užívá benzedrinu — Psychotonu. V průběhu interview u 15 neurotiků (30) pozoruje při dávce 20—40 mg zpočátku silné pulsující bolesti hlavy, bušení srdce a jiné nepříjemné sensace. Pak nutkavě vystupují emoční projevy — afekty zoufalství a pláče při současné nutkavé řeči a zrychleném myšlení. Doporučuje psychotonový interview u čerstvě vzniklých nebo čerstvě recidivujících neuros, náhle vzniklých konversí a psychosomatických syndromů, kde jej lze užít k odreagování afektivních konfliktů. Kontrolním pokusem u 11 osob normálních (32) snaží se dokázat, že u neurotiků šlo skutečně o odreagování a ne o pouhé příznaky akutní otravy benzedrinem. Zkouší psychotonový interview též u alkoholiků (31), kde pozoruje, podobně jako u normálních osob, tři typy citových reakcí: reakci plačtivě depresivní u lidí s afektivními konflikty a reakci nulovou nebo hypomanicko-euforickou u ostatních.

V německé literatuře jsou z této doby zprávy o diferenciálně diagnostických možnostech pervitinu: *Seilerová* (22) referuje o usnadnění diagnózy v důsledku odtlumení a logorhei pacienta a s tím související větší zřetelností psychotického obrazu, *Janz* (11) srovnává diagnostický přínos této »Weckanalýsy« s narkoanalysou (podle *W. d. Boora*, 2). Zatím skupina anglických autorů, pracovávajících systematicky otázky abreakce (*Sargant, Shorvon et al.*), uvádí metodu v souboru základních abreaktivních metod (21) a zkouší ji k abreakci mimo jiné též u dermatologických pacientů s psychosomatickými syndromy (23).

Několik dalších prací z let 1953—54 referuje již o systematickém užívání budivých aminů jako adjuvantia psychoterapie. *Paulett* (18) použil 30 mg metylamphetaminu u 25 chronických nemocných pacientů s neurotickými příznaky, kteří v normálním stavu nepřipouštěli souvislost svých příznaků s emočními konflikty. U 22 z nich došlo k abreakci dosud nesdělených intimních záležitostí, z toho u 12 měla tato abreakce terapeutickou hodnotu. *Straker* (26) u 66 smíšených psychiatrických pacientů užíval dávky 15—20 mg methedrinu tam, kde byl pacient silně utlumen a nebylo lze obvyklými prostředky překonat odpor k verbalisaci nebo uvolnit afekt. U 54 pacientů pozoroval pak zlepšení. Vhodně zdůrazňuje, že samotná injekce je bezcenná, není-li účinku užito jako součásti celkového psychoterapeutického vztahu. *Jonas* (12) se opírá o materiál, získaný

u 72 pacientů v různých stádiích dynamické psychoterapie, u nichž bylo adjuvantně užito 20 mg methedrinu; zjistil pak určité zlepšení u 73 %. Za nejcharakterističtější reakci považuje »uvolnění obranného a inhibičního mechanismu«. Nepříjemné somatické symptomy, provázející interview, přirovnává k hysterickým konversím a tvrdí, že v průběhu interview mizí ve stejném stupni, jak je pacient schopen verbalisovat nepřijatelné touhy a myšlenky. Velmi vhodně poukazuje na okolnost, že v průběhu interview jsou značné interindividuální rozdíly. Cenný je i kontrolní pokus s injekcí fyziologického roztoku, ukazující, že účinek drogy nelze nahradit placebem. Z práce *Brusselsa, Wilsona a Shankela* (3) stojí za zmínku poznatek, že »řadu reakcí a výsledků, popisovaných v literatuře, se jim nepodařilo opakovat, zatím co proběhly jiné neočekávané následky«, a dále názor, že nikdo se pod vlivem drogy nemůže zdržet mluvení a že methedrin zvyšuje sugestibilitu.

Vedle samotných budivých aminů bylo k farmakologické psychoterapii užito též jejich kombinace s barbituráty na základě Myersonovy hypotese, že amphetamin stimuluje právě ty cerebrální areje, které byly uvolněny z normální inhibiční kontroly účinkem natrium amythalu (Myerson (17)), Keane a Kant (13), Rothman a Sward (19)].

Z příbuzných prací, netýkajících se přímo amphetaminového interview, je třeba si povšimnout *Ziolkova* výzkumu účinku pervitinu u 95 neurotických a 49 zdravých žen (29). Účinek i. v. podaných 15 mg pervitinu rozděluje Ziolko podle výsledků na: 1. indiferentní účinek, 2. povzbuzující účinek s euforisací, 3. zvýšený neklid se zvýšenou afektivní labilitou a dysforií, 4. silnou dysforii s manifestací různých neurotických symptomů, 5. paradoxní účinek. Vysoké procento neurotiček (70 %) reagovalo známkami afektivních poruch a náhlého manifestování se neurotických symptomů (skupina 3 a 4), zatím co u zdravých žen byl pozorován v 80 % účinek povzbuzující až euforisační (skup. 2). Autor hodnotí reakce neurotiků jako důsledek »farmakologicko-vegetativně vyvolané dekompenzace vnitřní rovnováhy neurotické osobnosti«, jako projev »selhání v experimentální stresové situaci, dané zde sympatikomimetickým podrážděním«.

2. Materiál a metoda

Výzkum byl proveden od dubna 1957 do srpna 1958 na 50 pacientkách, hospitalizovaných na otevřeném oddělení psychiatrické léčebny pro neurotické potíže s emoční etiologií (emoční neurosy).

Emoční neurosy chápou zde — šířeji než Vymětal ve své známé klasifikaci RPP — jako neurosy, v jejichž etiopatogenese se výrazně uplatňuje působení činitelů, vyvolávajících v daném individuu záporné emoce. Co do trvání a intenzity tvoří tyto patologické emoce plynulou řadu, na jejímž jednom konci stojí prudké jednorázové afektivní zážitky čili psychická traumata, na druhém konci emoce slabé, ale protrahované čili chronická emoční tense.

V našem souboru hrají z emočních etiologických faktorů rozhodující roli: hluboký manželský rozvrat v 11 případech, vnitřní konflikty, potlačované afekty a pocity viny v 11 případech, subjektivní nespokojenost v manželství v 10, labilita existenčních vztahů a jiné nepříznivé zážitky a starosti v 10, psychické trauma u 3, konflikty na pracovišti u 2, faktory nejasné u 3 případů. V řadě případů podílí se na vzniku onemocnění i složka exhaustivní, dále somatogenní, zejména postinfekční a rovněž složka konstituční.

Věk pacientek souboru se pohybuje mezi 16 a 54 lety, průměrný věk je 32 let.

Kontrolní pokus byl proveden na 10 zdravých ženách, většinou ošetřovatelkách léčebny, s průměrným věkem 23 let.

O každém psychotonovém interview (dále jen p. i.) byl veden protokol, zaznamenávající stav před jeho začátkem i po skončení, trvání p. i. a jeho průběh, zejména reakce motorické, emoční a slovní, dále obsah sdělení a příležitostné výpovědi o subjektivních pocitech. U části případů byl kontrolován krevní tlak a puls.

Technika psychotonového interview:

Námi užívaná technika vychází z postupu, popsaného Žalmanem (30).

Před uskutečněním p. i. považuji za nutné provést přípravu, skládající se:

1. z vyloučení kontraindikací, jimž jsou hypertenze a arteriosklerosa. Uvádí se jako nevhodná též většina neurotických stavů srdečních chorob, k čemuž se po nepříjemných zkušenostech se dvěma případy neurocirkulační astenie přikláníme;

2. z navázání kladného vztahu k pacientovi;

3. z psychologické přípravy na proceduru: spočívá ve vysvětlení pacientovi léčebného významu metody a v získání jeho souhlasu a dobré vůle pro spolupráci. Na oddělení je třeba čas od času pohovořit o metodě v kolektivní psychoterapii, aby se o ní nešířily v kolektivu různé pověsti, schopné podrývat důvěru v psychoterapeuta a vyvolávat odpor pacientů k ní, projevující se charakteristickou otázkou: »Proč mi to chcete dát, já už jsem vám přece všechno řekla, copak mi nevěříte?«

K vlastnímu psychotonovému interview je pacient uložen v oddělené vyšetřovně. Navazuji s ním indiferentní rozhovor, zatím co lékař¹⁾ pomalu během jedné až dvou minut vstříkne nitrožilně standardní dávku 30 mg psychotonu. (Pouze u 7 pacientek souboru bylo s ohledem na váhové odchylky užito dávky o 5–10 mg menší nebo větší.) Po odchodu lékaře je rozhovor podle osobní anamnesy veden směrem ke vzpomínkám s afektivním nábojem, kde se předpokládají souvislosti se symptomy neurosy. V mnoha případech otázek ani není třeba, protože se pacient dává do pláče a spontánně se rozhovoří o svých nejtěživějších problémech. Osvědčuje se v průběhu p. i. přikrýt oči pacienta čistou rouškou; úplné vyloučení zrakového vnímání napomáhá odstranění ostychu a pacient může situaci lépe prožít. Přítomnost třetí osoby ukázala se jako nevhodná, i když to byl lékař, kterého pacient dobře znal. Byl jednak ostýchavější v přítomnosti dvou osob, jednak těkal s osobou na osobu a nemohl se vytvořit správný psychoterapeutický vztah.

V rozhovoru se pokračovalo, pokud trvaly změny emotivity a pokud vyprávění přinášelo nový materiál. Za těchto okolností se trvání interview pohybovalo mezi jednou a třemi hodinami. Po skončení byl pacient propuštěn mezi ostatní pacienty nebo podle potřeby uložen na vlastní lůžko. Na noc bylo podáváno silnější hypnotikum.

¹⁾ Je mi milou povinností poděkovati zde primáři otevřeného oddělení MUDr. A. Mertloví i sekundární lékařce MUDr. J. Bergerové za spolupráci v lékařské části procedury, jakož i za vytvoření ideálních pracovních vztahů na oddělení, bez nichž by tento výzkum nebyl možný.

3. Průběh

Průběh psychotonového interview v našem materiálu postrádá jednotný ráz, popisovaný některými autory, a výrazně se v něm uplatňují individuální rozdíly ve všech druzích zaznamenávaných reakcí.

a) Motorické reakce

Motorické reakce tvoří stupnici od značné psychomotorické excitace s neklidem, rychlým nepravidelným házením rukama a nohama, svíráním rukou v pěst, pohyby hlavou a zmítáním se na lůžku, až po reakci nulovou nebo i mírný psychomotorický útlum. Četnost jednotlivých typů motorických reakcí vypadá takto:

| | | |
|-------------------------------|-------|------------------|
| Intenzivní motorická excitace | 22 %, | } excitace 50 %, |
| mírná motorická excitace | 28 %, | |
| beze změny motoriky | 38 %, | |
| mírný psychomotorický útlum | 12 %. | |

K excitaci motorické sféry dochází tedy u poloviny případů. Děje se tak během prvních 5—10 minut po injekci, intenzita pak postupně slábne. K ilustraci uveďme zde případ pacientky A.

Pacientka 41 r., vedoucí prodejny, rozvedená. Syn 23 let, ženatý. Doporučena k hospitalizaci pro depresivní neurosu. Objektivně patrna značná deprese. Subj. stížnosti na bolesti hlavy, třes, nechut k jídlu, průjem a nucení na zvracení. Stav se vyvíjel delší dobu, poslední 2 měsíce značné zhoršení, ambulantní léčba bez efektu.

Pacientka měla těžké dětství. Otec podezřívá matku z nevěry a k pacientce se choval, jakoby nebyla jeho dítětem. Po vychození školy musela z domu, učila se v obchodě. V 18 letech měla nemanželské dítě. Musela proto opustit místo, živila se příležitostnou prací. Teprve později se s ní rodiče smířili a vzali jí dítě k sobě. Později se provdala za muže o 2 roky staršího, s nímž pak žila 18 let ve vzorném manželství, minulost jí nepřipomínal, chlapce měl jako svého. Pacientka byla spokojená, i když již nemohla otěhotnět.

Před 5 lety pro diskopatii 2 měsíce hospitalisována. Během této doby navázal manžel důvěrnou známost se sousedkou, vdanou ženou se třemi dětmi. Od té doby matřimoniální disharmonie, která vyvrcholila před 2 roky rozvodem. Po rozvodu jsou však nuceni rozvedení manželé bydlet ve společném bytě jako dříve, vchod do manželova pokoje je přes ložnici pacientky. Chovají se k sobě jako cizí lidé. Společně s nimi bydlí nyní již ženatý syn s manželkou. Manžel chodí stále k sousedce, která žije střídavě s ním a se svým vlastním manželem.

Pacientka považuje za svůj hlavní problém bytovou otázku. Dvě bytové jednotky nemohou dostat, do podnájmu se manžel nechce stěhovat. Společný život v jedné domácnosti při stále napjaté situaci je pro pacientku již nesnesitelný.

Psychotonový interview.

Před injekcí má celkem dobrou náladu. Při injikování roztoku se jí motá hlava. Během pěti minut se objevuje pošukávání hlavou, záškuby obličejového svalstva, po chvíli dochází k silné motorické excitaci celého těla. Během 8. minuty začíná pacientka plakat a hlasitě volat:

»Jožinku, broučku, vrať se ke mně! Vrať se. Nevydržím to bez tebe, nevydržím. Já chci tebe, já tě mám ráda, vrať se. Proč jsi mě nechal, já bez tebe nemohu žít, nic mě nebaví... Ty mně neutečeš nikam, vždyť víš, že bez tebe nemohu být.« (Hlasitě pláče.)

»Proč jsi mě nechal, proč přišlo to moje děcko, když jsem si ten plyn pustila, mohla jsem být pryč! Proč já mám stále v sobě tu bolest. Když tvoje pohlázení bylo tak sladké! Proč ta bolest po tobě je tak těžká. A ty mě nechceš, ani se na mne nepodíváš; já bez tebe nebudu, ne, ne. Já nikoho nechci, kdyby mně dávali třeba svatýho z nebe. Proč já ho mám tak ráda? Jožinku, snad máš ještě srdce! Kdo tě může tak obsloužit jako já, kdo ti může tvoji dietu uvařit... vím, že tě dostane ona, taková, která ti bude

nadávat, nebude ti dělat dietu... proč mě nemáš rád? Až se mě v obchodě smávali, že žiju jen pro domov... proč se ke mně nevracíš?»

»Byl tak hodný a milý, celý život mně škarově neřekl. Když mne bolela hlava, byl tak hodný, proč se to nemůže vrátit... a teď mne bolí hodně hlava a jsem sama. Mladí jsem měla zpatlané, všechno to urovnalo manželství a teď? Proč tedy žiju..«

Emoční výbuch v této intenzitě s hlasitým pláčem, výkřiky, oslovováním manžela trvá 15 minut. Pak se pacientka uklidňuje, zhluboka dýchá, přestává mluvit. Pak odpovídá mnohmluvně na dotazy psychoterapeuta; jsou jí podnětem k delším vyprávěním, při nichž se objevují plačtivé afekty u dalších sdělení s emočním nábojem, ale zdaleka ne již té síly jako v 1. fázi. Vypráví o svém neradostném dětství (pláč při vzpomínce na nenávisť otce k ní), o muži, s nímž měla dítě, o životě jako nemanželské matky. Tato 2. fáze, kterou můžeme nazvat fází logorhey s emočním doprovodem, trvá asi hodinu, projevy postupně slábnou. Ukončeno celkem za 1 hod. 45 minut.

Po tomto odreagování a racionální psychoterapii v následujících dnech se pacientka dostává z deprese. Stává se opět energickou a společenskou, ujímá se funkce kulturní referentky na oddělení, řídí rozvíčku, spolupracuje s psychologem při ovlivňování jiných depresivních a nespolečenských pacientek a snaží se tím překonat svůj vlastní smutek. Bolesti hlavy při tom trvají.

Bývalý manžel odmítl písemné pozvání k rozhovoru. Navázali jsme styk s bytovým úřadem. Při katamnestické kontrole pacientky po několika měsících se ukazuje, že náš zásah na bytovém odboru neměl úspěch, v její objektivní situaci se nic nezměnilo. Sama se snaží o pasivní adaptaci podle zásad, jež si stanovila v léčebně, bojí se však recidivy. Bolesti hlavy střídavé intenzity trvají stále. Příčina emoční tense trvá a trvalá adaptace dané situace přesahuje její síly.

Jako v uváděném případě je i ve většině dalších motorická excitace spojena s výraznými projevy emočními, takže lze zpravidla motorické projevy hodnotit jako důsledek odreagování afektů. Setkali jsme se však i se situací, kdy byla motorická excitace zcela izolována, odtržená od myšlenkových obsahů a emočních projevů.

U pacientky B. se bezprostředně po injekci objevuje silný neklid, kroucení hlavou a rychlé bezúčelné pohyby rukama bez jakýchkoliv průvodních afektů. Na dotaz pak ochotně a klidně vypráví o těžkostech svého života. Abreakci ani nový materiál psychotonový interview nepřináší.

Domnívám se, že není nutné snažit se vykládat motorické projevy vždy jako projev odreagování. Může jít o pouhou farmakologickou stimulaci, jak je popsána i v experimentech na zvířatech (Švec, 27; 320). V několika případech se nám taková motorická excitace projevila v pouze subjektivním pocitu neklidu bez patrných objektivních projevů.

Jak ukazuje percentuální přehled, pozorovali jsme v našem materiálu vedle určitého stupně excitace též vysoké procento průběhu bez jakékoliv excitace. Zajímavý je zejména účinek u 5 pacientek, kde se objevil spíše jistý psychomotorický útlum; jedna z nich dokonce usnula.

Pacientka C, třicetiletá, trpí kefaleou, žaludeční nervosou a nočním probouzením s pocity strachu. Potíže vznikly před dvěma roky po úleku při požáru v sousedství. Po injekci říká: »Únava jde na mne.« Hovořit se jí nechce. Vybíduta, aby si představila traumatizující situaci, vypráví o ní líně a s klidem. Za 10 minut hlásí: »Mně se chce spát.« Usíná a spí asi hodinu, probouzí se s úlekem při snu o požáru. Po chvíli usíná znovu a spí další hodinu opět se snem o požáru. Po chvíli usíná znovu a spí další hodinu opět se snem o požáru a nějakým dalším snem erotickým.

Paradoxního účinku budivých aminů, spočívajícího ve zřetelném uklidnění a únavě, si povšiml i Ziolkó (29) u tří neurotiček a jedné zdravé osoby svého souboru. Je popisován u akutní manie a u hyperaktivních dětí, kde se jej dokonce

teurapeuticky využívá k uklidňování (Rudolf G. de M., 20). Lasagna et al. (15) jej uvádějí jako atypickou reakci u několika normálních pokusných osob a pokoušejí se jej vyložit jako »sekundární obrannou reakci nevyrovnaných osob na nebezpečí, hrozící osobnosti z primárního efektu drogy«. Z hlediska pavlovovské fyziologie nabízelo by se interpretovat paradoxní účinek jako nadlimitní útlum oslabené nervové soustavy.

b) *Verbální produkce*

Forma a dynamika slovního projevu jeví se v přehledu takto:

| | | |
|---|-------|------------------------------|
| 1. Výkřiky, volání, bědování | 8 %. | } zvýšená sdílnost: 76 %, |
| 2. Zrychlené tempo řeči až logorhea (z toho se zabíhavostí 12 %) | 34 %. | |
| 3. Normální tempo řeči se zvýšenou sdílností | 34 %. | |
| 4. Řeč i sdílnost beze změny | 14 %. | |
| 5. Pomalé a namáhavé sdělování nebo nechuf k slovním projevům | 10 %. | |

V tabulce imponuje vysoké procento zvýšené sdílnosti, při čemž u řady pacientek je tato zvýšená sdílnost spojena i se změnami dynamiky řeči ve smyslu jejího zrychlení; řeč nabývá charakteru logorhey. Přitom vyprávění podržuje někdy jednotný ráz, kdy pacientka vypráví chronologicky traumatizující zážitky nebo svůj životopis, jindy se objevuje neschopnost udržet determinující tendenci v hovoru a řeč se stává zabíhavou, pacientka vypráví jedno přes druhé (12 %).

Tyto změny jsou správně popisovány a zdůrazňovány většinou autorů. Někteří zacházejí však ve svém nadšení až tak daleko, že tvrdí, že se nelze zdržet mluvení, pokud je člověk pod vlivem drogy (Brussel, Rudolf, do jisté míry i Žalman). Z našich pacientů to můžeme tvrdit pouze u 9 případů (18 %). A nadto zde máme ještě celých 24 % pacientů, kde se nejen nedá mluvit o nutkavosti řeči, ale kde i prostá sdílnost zůstala zcela ovlivněna. Domnívám se proto, že přes řadu případů efektních změn řeči pod vlivem drogy je zde na místě mnohem větší zdrženlivost v zobecňování.

Obsah sdělení tvoří ve všech případech vyprávění o životě pacientky, zejména o emočních faktorech vzniku neurosy. Nezačala-li pacientka o nich vyprávět spontánně, byla k nim záměrně vedena otázkami.

c) *Emoční reakce*

Emotivita byla v našem materiálu u neurotiček pozměněna takto:

| | | |
|--|-------|-------------------------------------|
| 1. V 1. fázi silný plačtivý afektivní výbuch, sledovaný pak občasným mírnějším vzplanutím afektu při sdělování dalších zážitků s emočním nábojem | 20 %. | } typ plačtivě depressivní 70 %. |
| 2. Plačtivě depresivní nálada, pláč, doprovázející sdělení nepříjemných zážitků | 50 %. | |
| 3. Emotivita beze změny | 24 %. | |
| 4. Lehký euforisační efekt | 6 %. | |

První dva uvedené druhy emočních reakcí se liší hlavně intenzitou a lze je společně uvést jako typ plačtivě depresivní, který tvoří v našem materiálu většinu. Dochází k němu v souvislosti se sdělováním traumatizujících situací a kon-

fliktů, a to i tam, kde by v normálním stavu vyprávění o nich takovou reakci nebylo schopno vyvolat. Lze říci, že v průběhu p. i. dochází k uvolnění zábran, které v normálním stavu nedovolují volné poddávání se citům. Emoční projevy vystupují tu nebrzděně. Při smutných vzpomínkách se pacientky dávaly do hlasitého netlumeného pláče, afekty měly volný průběh. Je to dobře srovnatelné zejména u pacientek, které během p. i. nesdělovaly nový materiál, nýbrž pouze opakovaly sdělení učiněná již za normálního stavu. Příkladem intenzivní emoční reakce může sloužit již uváděný případ pac. A.

Popisovaný účinek psychotonu na náladu neurotiků v průběhu p. i. zdá se být v rozporu s rozšířeným doporučováním psychotonu jako »drogy dobré nálady«, vedoucí k zvýšení výkonnosti, elánu a k euforii: skutečně se jej také k těmto účelům v menších perorálních dávkách užívá u některých stavů apatie, únavy a deprese. Vyvstává otázka, proč někdy vyvolávají budivé aminy euforii, jindy dysforii. Odpověď lze hledat jednak ve velikosti dávky a v event. návyku, to však není podstatné. Dále lze vidět příčinu v tom, zda jde o neurotika či člověka zdravého. Tak Ziolko (29) vidí příčinu rozdílné reakce v normální nebo neurotické konstelaci subjektu: u zdravých osob převládá efekt povzbuzující a euforisační, zatím co u neurotiček reakce dysforická — labilní rovnováha neurotické osobnosti je sympatikomimetickým podrážděním dekompensována (viz historii). Reakci euforickou považuje Ziolko za farmakospecifickou, reakci dysforickou za podmíněnou neurotickou konstelací. Konečně může být příčina viděna v tom, má-li subjekt v sobě nějaké citové napětí a konflikty či ne. Toto kritérium tense a konfliktů zavedl do vysvětlování typu emoční reakce Žalman: k plačtivé reakci dochází tam, kde jsou přítomny konflikty a tense, plačtivá reakce je jejich odreagování, a to jak u neurotiků, tak u normálních lidí nebo alkoholiků. Žalmanův názor zdá se nám nejoprávněnější. Bohužel ani ten nemůže si dělat nárok na úplnou platnost. Na rozdíl od Žalmanových pokusů je totiž ještě v našem materiálu — jak patrně z tabulky — menšinová, ale přece jen dosti početná skupina případů, kde k plačtivým reakcím nedochází, i když jde o homogenní skupinu neurotiček s emoční tensí a konflikty. Uvedme pro ilustraci jeden z nich.

Pacientka D., 54 r., vdaná, bezdětná. Depresivní neurosa. O poměrech v manželství vypráví při přijímacím rozhovoru neochotně. Říká, že »už je všechno pryč, nedovede už ani plakat«. Manžel pro ni nemá porozumění, skoro ani nemluví, je stále pryč. Sexuální styk bez předehty, u pacientky vždy bez orgasmu. Její těhotenství skončilo vždy buď abortem (7krát) nebo extrauterinou. Pacientce je přislíbena injekce psychotonu, při které všechno bez zábran řekne a bude se moci vyplakat. Z počátku odmítá, pak po vysvětlení svoluje.

Za několik dnů sama žádá o rozhovor, prý všechno řekne i bez injekce. Trvá jí delší dobu, než se dostane k podstatě věci. Konečně přerývaným hlasem sděluje sexuálně traumatizující zážitek z mládí; v 19 letech byla pohlavně zneužívána strýcem, u něhož sloužila. Vyprávění zakončila slovy: »Tak a teď na mě můžete plivnout.« Navázána racionálně sugestivní psychoterapie, na provedení p. i. však trváno dále.

Psychotonový interview (35 mg — pacientka je obesní).

Hned na počátku říká, že má ještě jeden kámen na srdci a že by to řekla i bez injekce. Nedostavuje se myšlenkový trysk, pacientka naopak mluví pomalu jako v polo-spánku, tep klesá na 40/min., stěžuje si na pocit chladu. Dvakrát se během p. i. podívala na hodinky, jednou se zeptala: »Proč u mne tady jste?« Leží úplně klidně, bezvládně. Z počátku vypráví o bezvýznamných věcech. Říká: »Čekám na ten pláč a ten nejde.« Konečně se odhodlá vyprávět traumatizující zážitek.

Obsah sdělení:

Při odchodu od strýce zamilovala se do jednoho chlapce. Otěhotněla s ním, zažila

mnoho nadávek od rodičů. Její chlapec se snažil najít si místo, aby se mohli vzít. Když se mu to konečně podařilo, došlo u pacientky k spontánnímu potratu. Rodiče jí pak zakázali s chlapcem dále chodit, stýkali se však spolu dále tajně a pacientka znovu otěhotněla. Tentokrát si dala provést umělé přerušování těhotenství. Chlapec pak odejel do Vídně. Dosud na něho vzpomíná a má ho ráda. — Po sdělení této historie, kterou v sobě hluboko potlačovala, pacientka opět čeká na odsouzení psychoterapeuta: »Teď se mně budete štítit podat ruku.« Skutečnost, že nyní nemá děti, chápe jako trest za tehdejší vyhnání plodu. Nynějšího manžela si nechtěla vzít, podlehla však jeho naléhání. Již od začátku manželství s ní málo mluvil, nesnažil se jí porozumět. Pacientka touží po tom, aby si s ním mohla od srdce pohovořit, on ji však vždy odbude. Pacientka říká: »U nás se mlčí.« Jeho způsob, kterým vyžaduje sexuální styk, ji ponižuje a uráží.

Během celého p. i. se pacientce nepodařilo plakat.

Za těchto okolností nezbývá, než hovořit o určitém procentu nevypočitatelnosti účinku psychotonu.

d) *Vegetativní reakce a subjektivní pocity*

Otázka vegetativních reakcí a jim odpovídajících subjektivních pocitů stála pouze na okraji našeho zájmu a zabývali jsme se s nimi zejména tehdy, když působily rušivě nebo když na ně pacientka poukazovala. Nejčastěji jsme se setkali s bolestmi hlavy, zejména lokalizovanými do záhlaví a pulsujícími. (Zaznamenáno u 28 % případů.) Dále následují podle častosti výskytu: parestesie, tlak na prsou, tachypnoe, závratě, ve 3 případech spojené se zvracením, bušení srdce, zvýšená diuresa, zčervenání v obličeji, Maraňonovy skvrny, pocit vnitřního chvění a slabosti a pocit chladu.

Zajímavým, ale nedostatečně podloženým zdá se v této souvislosti názor Jonasův (viz historie), vysvětlující objevení se původních symptomů mechanismem hysterické konverze. Mnohem spíše lze je vysvětlit výrazným sympati-komimetickým působením psychotonu; jejich variabilita souvisí pak nejspíše s individuálně různou vyvážeností vegetativního nervového systému.

Po skončení p. i. vyskytovala se u většiny pacientek nechť k jídlu a nespavost během noci.

U 11 pacientek, kde jsme měřili krevní tlak před injekcí a během první hodiny po injekci, stoupl systolický tlak o 10—90 mm Hg, průměrně o 40 mm Hg; diastolický stoupl současně, ale méně. Toto pozorování potvrzuje pouze analogické závěry Žalmanovy. Pokud jde o puls, uvádí Žalman zpomalení pulsu o 10—40 tepů za minutu, Brussel naopak podstatné jeho zrychlení. Sami jsme při občasném nesystematickém přeměřování pozorovali jak pokles, tak i zvýšení. Rozpory ukazují se však pouze zdánlivými, přihlédneme-li k časově rozvinuté křivce změn tepové frekvence po psychotonu, jak ji uvádí Švec (27; 319): tep nepravidelně kolísá, takže se může jevit proti výchozímu stavu jednou jako zrychlený, podruhé jako zpomalený.

Subjektivní stav po skončení p. i. byl podle zhodnocení pacientek příjemný u 40 %, nezměněn proti stavu výchozímu u 32 % a nepříjemný s převládajícími vedlejšími příznaky, kdy pacientky měly, jak říkaly, »zkažený celý den« u 28 %.

e) *Základní typy průběhu*

V předchozích oddílech byly probrány jednotlivé reakce v průběhu p. i. podrobně a samostatně. Je nyní třeba ještě poukázat na jejich vzájemné spojení a pokusit se vyčlenit základní typy celkového průběhu p. i. Abstrahujeme-li od méně důležitých projevů, lze vidět tyto průběhové typy:

1. Dvoufázový typ s první fází excitační, poměrně krátkou a ve vyhraněných případech charakterisovanou značným motorickým neklidem, afektivními výbuchy, pláčem, výkřiky, prožíváním sdělovaného traumatizujícího zážitku, a s druhou fází klidnější, delší, během níž dominuje zvýšená hovornost a sklon k mírnějším plačtivým afektům u sdělování materiálu s emočním nábojem 20 %.
2. Jednofázový typ, charakterisovaný zvýšenou hovorností a depresivní náladou, se sklonem k mírnějším plačtivým afektům u sdělení afektivně zabarveného materiálu 50 %.
3. S jinými psychologickými účinky; případy paradoxního účinku, spočívajícího v uklidnění, únavě až spánku nebo namáhavé sdělování traumatizujícího zážitku bez průvodních emocí nebo průběh s euforií 14 %.
4. Bez psychologických účinků; průběh buď bez jakéhokoliv účinku, nebo s pouhými více nebo méně výraznými projevy vegetativními a odpovídajícími subjektivními pocity až potížemi 16 %.

Hodnotíme-li tyto typy ve vztahu k odreagování, můžeme především o prvním typu hovořit jako o charakteristické intenzivní abreakci. Pokud nestavíme jako podmínku odreagování bouřlivý neovladatelný ráz chování nemocného, lze jako abreakci hodnotit i druhý průběhový typ. Celkem se tedy průběh s abreakcí vyskytuje v našem materiálu u 70 % případů.

4. Význam pro exploraci

V literatuře se přínos p. i. pro exploraci psychiatrických pacientů hodnotí vesměs kladně. Řada našich pozorování tento závěr potvrzuje. V čem konkrétně spočívá význam p. i. pro exploraci neurotiků?

1. Psychotonový interview umožňuje v některých případech odhalení nových etiologicky významných okolností, které se podílely na vzniku neurosy, někdy přímo pravý kořen neurosy, který pacient zamlčel, nebo neuvedl ze studu či pro jiné zábrany. P. i. dává tak psychoterapeutovi lepší vzhled do etiopatogenesy neurotického onemocnění i do struktury pacientovy osobnosti. I když zůstává faktem, že čím zkušenější je psychoterapeut, tím méně potřebuje k sejmutí psychoanamnesy takovýchto prostředků, může psychoton v příznivých případech odstraněním zábran celý proces podstatně urychlit, zejména u pacientů uzavřených a utlumených. Pacienti, kteří nenacházeli dost odvahy svěřit se s tíživými intimními problémy, často návrh na provedení p. i. velmi vítali.

2. Psychotonový interview dále umožní v některých případech odhalení emočního náboje zážitků z pacientovy anamnesy: zážitky z dřívějších rozhovorů nám již známé jsou zde podávány s příslušným citovým doprovodem. Je zde možno poukázat na již uváděný případ pacientky A.

Při racionálním rozhovoru se vznik neurotických potíží pacientce i nám sice správně jeví jako důsledek bytovou krizí vynuceného společného bydlení s rozvedeným manželem, ale teprve volné propuknutí potlačovaných emocí lásky k bývalému manželovi v p. i. ukazuje v pravém světle nesmírný emoční náboj a hlavní citovou příčinu nesnesitelnosti nynější situace.

3. Někdy pomůže psychotonový interview k odhalení psychotické base chorobného obrazu imponujícího jako neurosa, zejména u pacientů utlumených.

Vhodně bylo by lze tuto pomoc při diferenciální diagnóze ilustrovat příkladem 35leté pacientky, která se přišla léčit pro zdánlivě neurotické depresivní nálady a »nechuf k životu« a při normálním vyšetření odmítala vyprávět podrobnosti o svém životě. V průběhu p. i. došlo k excitaci spojené se svěřením se pacientky s excesivní onanií a k vnesení na světlo psychotického materiálu: »Lidé mně zesměšňovali a dělali mně zle. Začali na mne působit, usmívali se, dělali různé poznámky. Když jsem přišla do kostela, tak nesloužil pan farář správně, když jsem přišla do kina, tak třepali s tou plachtou, v obchodě se mě snažili o nějaký pětihalíř ošidit...«

Uvedu zde opět přehled exploračního efektu u našich pacientek v %:

| | |
|--|------|
| 1. odhalení etiologicky významných okolností u | 22 % |
| 2. odhalení emočního náboje | 16 % |
| 3. diferenciální diagnosa psychosy | 6 % |
| 4. nulový efekt | 56 % |

Poměrně vysoké procento psychotonových interview bez exploračního efektu zdálo by se kontrastovat s údaji jiných autorů, např. s pouhými 12 % Paulettovými (18). Je třeba však vzít v úvahu, že Paulett emoční těžkosti svých neurotiček před užitím drogy vůbec neznal, zatím co u našich pacientek jsme v průběhu několika rozhovorů po navázání kontaktu poznali většinou jejich intimní problémy již předem. Psychotonový interview pak již nic podstatně nového přinést nemohl.

V souvislosti s otázkami explorační všímněme si ještě otázky zamlčení při p. i., která se v dostupné literatuře neřeší. Pokud dochází během p. i. ke sdělení významného důvěrného materiálu, nelze je podle našich zkušeností přičítat pouze účinku psychotonu, nýbrž většinou záleží též podstatně na kontaktu pacienta s psychoterapeutem. V případě, že se pacient rozhodl něco zatajit, může to zatajit i při p. i.¹⁾ Svědčí o tom mimo jiné tři případy, kde jsme prokazatelně zjistili vědomé zamlčení etiopatogenetických faktorů základního významu. Uvedme zde pro ilustraci jeden z nich.

Pacientka E., dělnice, 36 r., vdaná, děti 14 a 11 r. Manželství celkem harmonické, jen občas drobné neshody kvůli dětem.

V zaměstnání spokojena. Byla vždycky citlivé povahy. Před 3 měsíci ji začalo bolet v levém boku a měla dojem, že jí slábne pravá noha. Bylo to po velikonočním úklidu a prodělané chřipce. Začala noze věnovat pozornost a bála se, aby jí neochrnula, zvláště když si vzpomněla na případ ochrnutí jedné spolupracovnice. Neurolog jí to vylouvil, ale brzy byla neklidná znovu. Začala trpět úzkostmi a depresi, přestala spát, ztrácela zájem o okolí, strach z ochrnutí se stupňoval a v souvislosti s tím i potíže v noze. Uzavírali jsme předběžně jako postinfekční syndrom s anxiosně hypochondrickým vývojem u hypersensitivní osobnosti.

Psychotonový interview (pro astenii pouze 25 mg).

TK stoupl se 130/80 na 190/110. Již během indikování roztoku si začíná stěžovat na intenzivní bolesti hlavy, převládá vegetativní symptomatologie, zvrací. Hovoří spontánně svým obvyklým plačtivým hlasem s elektivním zaměřením pozornosti na obavy z ochrnutí. Sděluje jeden nepříjemný zážitek z manželství. Spolupracovnice napsala manželovi anonymní dopis, že pacientka drží s mistrem. Manžel jí o tom neřekl a choval se k ní nějakou dobu chladně. Později se věc vysvětlila. P. i. skončen za jednu hodinu. Později pacientka znovu zvracela a silně ji bolela hlava.

Za 10 dní nato žádá o rozhovor a po zaručení diskrétnosti svěřuje zážitek, který dosud zatajila. Před 5 měsíci otěhotněla. Zdálo se jí, »že už je na to stará a že 2 děti jim stačí«

1) U narkoanalýzy uvádějí se skutečnosti obdobné, u nás např. Janota (ČLČ 1955, 323).

a dala si provést anděličkářkou nelegální potrat. Provedení potratu mělo u pacientky, která je věřící katoličkou, za následek vznik těžkého pocitu viny a při náhodné koincidence potíží s nohou začala se obávat ochrnutí jako trestu za svou vinu. Potíže s nohou se pak skutečně stupňovaly.

Teprve toto sdělení udalo správný směr psychoterapii, jež pak byla úplně úspěšná. Během p. i. pacientka psychoterapeutovi ještě plně nedůvěřovala, obávala se trestního stíhání, a proto zážitek základního etiologického významu, spojený s neobyčejnou emoční tensí, i pod vlivem drogy úplně zamlčela.

Případ ukazuje hranice exploračního účinku rozhovoru pod clonou psychotonu. Delayem doporučené užívání metody k odstranění vědomého zamlčení je nutno brát s rezervou, drogu nelze pokládat za nějaké sérum pravdy. Je třeba, aby se především vytvořil mezi pacientem a psychoterapeutem psychotherapeutický vztah. Teprve pak lze za adjuvantního užití psychotonu očekávat sdělení nejintimnějších záležitostí. Na tom nic nemění skutečnost, že p. i. sám k vytváření tohoto vztahu a jeho prohloubení v řadě případů význačně pomáhá.

5. Terapeutická hodnota

Při hodnocení terapeutického efektu p. i. u našich pacientek musíme brát v úvahu, že byl prováděn jako pouhá jedna složka komplexní léčby, při čemž podle požadavků vědecké metodologie hodnocená léčba musí být »čistá« a srovnána s kontrolní »placebo-skupinou«. Splnění uvedených požadavků, snadné u farmakologické léčby, je ovšem téměř nemožné při hodnocení efektu metody psychotherapeutické.¹⁾ I když světová literatura věnuje v posledních letech hledání cest k odstranění nedostatečné objektivity v hodnocení účinnosti různých psychotherapeutických metod zvýšenou pozornost (srv. Hoch 10), problém takového hodnocení je stále nevyřešen pro těžko překonatelné obtíže. Z nich lze s Haškovcem (9) zdůraznit vedle nemožnosti použít kontrolní skupiny zejména neostrou ohraničenost a vzájemnou prolínavost psychotherapeutických metod, jedinečnost a neopakovatelnost psychotherapeutického sezení, nepostižitelnost všech faktorů při psychoterapii významných, nekonstantnost osobních vlastností psychotherapeutů, pravděpodobnost interference zevních faktorů apod.

Při terapeutickém užití p. i. se uplatňuje zejména vzájemná prolínavost psychotherapeutických metod. Samotný p. i. neurosu nevyлéčí. I když někteří autoři v procentech uzdravených či zlepšených pacientů vyčíslují jakoby přímý terapeutický efekt této metody (Jonas, Straker, Paulett), prozrazuje poznámka Paulettova podstatu tohoto efektu: »Methamphetamin vyvolal abreakci, během níž pacient volně mluvil a svěřil se s těžkostí, kterou jsme dříve neznali. V důsledku toho mohlo být pacientovi pomoheno *prodiskutováním problému a navržením řešení* [podtrženo mnou]. Pacientovy symptomy vymizely a tyto případy lze považovat za pravděpodobně vyléčené.« Evidentně se zde jedná o výsledek nikoliv methamphetaminového interview samotného, nýbrž spojeného s psychoterapií i jiného druhu, kterou usnadnil.

Za těchto okolností považuji za vhodnější místo přímého hodnocení terapeutického efektu p. i. zůstat u zhodnocení jeho významu pro komplexní psychoterapii.

Význam p. i. pro psychoterapii emočních neuros spočívá jednak v usnadnění potřebné podrobné psychoanamnesy, jednak v katartickém účinku — abreakci.

1. Psychotonové interview dává v řadě případů psychoterapii správný směr umožněním lepšího vhledu do vzniku pacientova onemocnění i do struktury jeho osobnosti. Podstatné o tom bylo již řečeno při rozboru účinku exploračního.

2. Přímý psychotherapeutický vliv spočívá v účinku katartickém, v abreakci.

1) V případě psychotonového interview nepochybně jde o metodu psychotherapeutickou, neboť podání farmaka zde hraje pouze adjuvantní roli speciálním přechodným ovlivněním psyché pacienta; samotné nemá žádný význam, jak prokázal např. Straker (části pacientů dána pouze injekce a posláni pryč — 26).

Oba tyto identické pojmy jsou historicky spjaty s vývojem učení hlubinné psychologie, kde znamenají vyvolání a znovuprožití nevědomých potlačených zážitků. Užívají se však dnes běžně též v širším významu, zahrnujícím reprodukci a emoční znovuprožití i tensního materiálu vědomého. V tomto smyslu *rozumím zde abreakci reprodukci nebo znovuprožití patogenních emočních zážitků s odpovídajícím citovým doprovodem za terapeutických okolností, spojené zpravidla s uvolněním intrapsychické tense*. Tato abreakce se stala základem řady psycho-terapeutických metod, které lze z tohoto hlediska shrnout jako metody abreaktivní (narkoanalýza, abreakce inhalačními narkotiky a CO₂, hypnotická psychokatarze a konečně i abreakce užitým budivých aminů). Opírají se o všeobecnou lidskou zkušenost, že člověku se uleví, má-li možnost se ze svého trápení otevřeně vyprávět a že úleva je daleko větší, má-li navíc možnost se i vyplakat, nebo potlačené city nějak motoricky vybit (srv. osvědčenou deviací afektu trháním papíru, rozbitím sklenice apod.). Psychologicky lze léčebný efekt abreakce chápat jako vybití emoce, která se zúčastnila na vzniku příznaků, jako uvolnění emoční tense, která podmiňuje jejich přetrvávání. Pro některé z abreaktivních metod existují i propracované výklady fyziologické [např. teorie éterové abreakce Shorvona a Sarganta (24) a teorie narkogenu R. a O. Konečných (14)]; obě vycházejí z Pavlova učení, volí však výklad navzájem protikladný].

V průběhu abreakce kladou někteří důraz zejména na sílu excitace, zatím co jiní mluví u těchto metod o abreakci i tam, kde citové a pohybové vzrušení zcela chybělo. Vycházejí přitom z pozorování, že někdy přes proběhlou excitaci se nezaznamená žádné zlepšení stavu pacienta, jindy naopak se dostaví markantní zlepšení po proceduře, která proběhla bez excitace. To vede např. doc. R. Konečného k požadavku hovořit o abreakci jen tam, kde postup vedl ke skutečnému uvolnění emoční tense a měl prokazatelný vliv na zmírnění či vymizení chorobných příznaků, bez ohledu na to, jaký byl jeho průběh (podle ústního sdělení). Sám přidržuji se zatím běžnější definice abreakce na základě charakteristického průběhu, jak jsem ji uvedl výše, která zahrnuje i ty případy, kde následné zlepšení pacientova stavu postrádáme.

Pokud jde o psychotonový interview, dochází k takové abreakci podle našeho výzkumu u 70 % případů. Z toho u 20 % měl průběh ráz úplného motoricko-verbálně emočního odreagování s bouřlivým průběhem, u 50 % byla abreakce klidnější; pacientka byla pouze sdílnější a vyprávění o tensních zážitcích provázely plačtivé emoce.

| | |
|-------------------------------|---------|
| V přehledu: abreakce bouřlivá | u 20 %, |
| abreakce mírná | u 50 %, |
| bez abreakce | u 30 %. |

Zbývá ještě zmínit se o možnostech racionální a sugestivní psychoterapie při psychotonovém interview. Během typického průběhu p. i. hraje psychoterapeut celkem pasivní roli, spočívající v tom, že s porozuměním naslouchá pacientovým sdělením a nářkům; nanejvýš udává jeho převládajícímu monologu směr. Direktivní psychoterapii za tohoto stavu provádět nelze, je vytvořen optimální stav pro pacientovo produkování, nikoliv pro recipování sugescí a rad. Žalman ze svých analogických pozorování formuluje závěr: »Během psychotonového interview nelze provádět s nemocným jakoukoliv syntézu a psychagogiku.« Přihlédneme-li ovšem k tomu, že p. i. nemá vždy takový bouřlivý nebo produktivní

průběh, neplatí závěr o nemožnosti psychagogiky tak všeobecně. Mohl bych uvést několik případů, kde se v průběhu p. i. ukázala situace pro racionální psychoterapii velmi příznivou a kde by bylo škoda jí nevyužít. Nepokoušíme se tedy o psychagogika tam, kde pacient odreažovává a spontánně produkuje, ale nezříkáme se jí, je-li jí pacient přístupný.

Tendenci všeobecně zvyšovat sugestibilitu, jak se domnívá pozorovat Brussel (3), bychom psychotonovému interview rozhodně nepřipisovali. Že ovšem procedura jako celek může u sensitivních osobností působit sugestivně a že se tato sugestivní složka může podílet na celkovém efektu, nelze pokládat za vyloučené.

6. Kontrolní pokusy

Kontrolní pokusy na 10 zdravých ženách přinášejí podstatně mírnější projevy ve všech druzích reakcí. Nedochozelo zde k motorické excitaci, afektivní projevy neměly v žádném případě ráz afektivního výbuchu, vegetativní projevy nebyly nikdy výrazně nepříjemné. Častá je zvýšená sdílnost (7 p. o.) většiny osob, které nedávno prožily nějaké nepříznivé zážitky, a u osoby, která měla konfliktovou situaci, objevuje se plačtivá nálada (4 p. o.), u ostatních je emotivita buď nezměněna (3), nebo se objevuje nálada příjemná (2) nebo apatická (1). Výsledky u zdravých osob zcela potvrzují závěry analogického kontrolního pokusu Žalmanova.

Za potřebný považoval bych ještě kontrolní pokus s pervitinem, který zatím nebylo možno uskutečnit pro nedostupnost injekčního pervitinu. Západní autoři užívají pervitinu a pokud srovnávají benzedrin s pervitinem (Levine, Jonas), považují benzedrin za inferiorní, poněvadž prý jím získaný materiál postrádá hloubku a osobní význam a chybí prospěšný vliv pro psychoterapii. U nás naopak jsou zkušenosti s benzedrinem celkem dobré. Vyřešení otázky může přinést jen nové podrobné srovnání obou drog.

K objasnění eventuálního vlivu pohlaví na průběh psychotonového interview bylo by vhodné provést srovnání též se skupinou neurotiků mužských.

7. Shrnutí a závěry

1. Podán historický přehled užití budivých aminů v exploraci a psychoterapii a sděleny zkušenosti s psychotonovým interview u 50 pacientek s emočními neurosami při dávce 30 mg psychotonu i. v.

2. V průběhu psychotonového interview u emočních neuros objevuje se často zvýšení hovornosti, emotivity a motorický neklid, při čemž dochází k abreakci, tj. usnadněnému sdělování traumatických zážitků s příslušným emočním doprovodem. Průběh psychotonového interview, při němž dochází k abreakci, je buď jednofázového typu, který je charakterisován zejména zvýšenou sdílností až logorheou při plačtivě depresivní náladě, nebo, řídčeji, je typu dvoufázového, kdy dysforické sdílnosti předchází fáze afektivního výbuchu s intenzivní excitací.

3. V průběhu p. i. jsou značné individuální rozdíly. K průběhovým typům, spojeným s abreakcí, nedochází vždy. Někdy má psychoton pouhé vegetativní účinky nebo zůstává zcela bez účinku, jindy může vyvolat euforii nebo útlum, zpomalené sdělování nebo dokonce spánek, takže se dá mluvit o jisté nevypočitatelnosti průběhu p. i.

4. Význam p. i. pro exploraci u emočních neuros spočívá v tom, že může usnadnit odhalení etiologicky významných okolností, které pacient nesdělil pro různé zábrany, nebo odkrytí emočního náboje pacientových zážitků. Někdy pomůže odkrýt rychle psychotickou basi obrazu, imponujícího jako neurosa a tím usnadní diferenciální diagnosu. Při nedostatečném psychoterapeutickém vztahu dochází i pod vlivem psychotonu k zatajení závažných faktů.

5. Význam p. i. pro psychoterapii spočívá hlavně v umožnění odreagování psychických traumat a konfliktů a tím uvolnění emoční tense. Droga je při tom pouhým adjuvantiem psychoterapie.

6. Nevýhodou užití p. i. jsou občas se objevující průvodní nepříjemné účinky přechodného rázu, jako bolesti hlavy, nespavost, bušení srdce apod.

7. Přes jisté procento nezdarů a občasné přechodné nepříjemné vedlejší účinky má psychotonový interview významné místo mezi abreaktivními metodami a jeho pružné a individualisované užívání může být účinnou součástí komplexní psychoterapie emočních neuros.

Literatura

1. Bonhoff, G. Lewrenz, H., Über Weckamine, Berlin 1954.
2. Boor de, W., Pharmakopsychologie und Psychopathologie, Berlin 1956.
3. Brussel, J. A., Wilson, D. C., Shankel, L. W., The use of methedrine in psychiatric practice. *Psychiat. Quart.* 1954, 28, 381—394.
4. Delay, J., Pichot, P., Romanet, P., Genest, R., L'emploi de la methedrine en psychiatrie. L'exploration des mutismes. *Ann. Méd. Psychol.* 1947, 105, 50—54.
5. Delay, J., Pichot, P., Genest, R., Le choc amphétaminique. *Ann. Méd. Psychol.* 1947, 105, 271—274.
6. Delay, J., Collet, T., Silva, E., Pichot, P., Romanet, B., Le choc amphétaminique dans la psychose maniaco-depressive et dans les catatonies. *Ann. Méd. psychol.* 1947, 105, 415—420.
7. Delay, J., Collet, T., Silva, E., Pichot, P., Romanet B., Pharmacological exploration of personality. Narcoanalysis and methedrine shock. *Proc. Roy. Soc. Med.* 1949, 42, 491—496.
8. Delay, J., Pichot, P., Romanet, B., Le choc amphétaminique. *Bull. et mem. Soc. d'hop de Paris* 1948, 64, 303.
9. Haškovec, L., Problém vyhodnocování léčebných výsledků v psychiatrii. *Čs. psychiatrie* 1957, 53, 145—156.
10. Hoch, P. H., Progress in psychiatric therapies. *Am. J. Psychiat.* 1955, 112, 241—247.
11. Janz, H. W., Die diagnostische Verwertbarkeit der Weckaminwirkung in der Psychopathologie. Vergleich der Weckanalyse mit der Narcoanalyse. *Nervenarzt* 1951, 22, 45.
12. Jonas, A. D., The adjunctive use of an intravenous amphetamine derivate in psychoterapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1954, 119/2, 135—147.
13. Keane, K. M., Kant, F., Investigation on the use of cortical stimulants with sodium amytal for narcoanalysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1953, 117, 140—143.
14. Konečná, O., Pokus o teorii narkogenu (NKG) na základně pavlovského učení o vyšší nervové činnosti. *Dis. práce fil. fak., Brno* 1952.
15. Lasagna, L., Felsing, J. M., Beecher, H. K., Drug induced mood changes in man; II. Personality and reactions to drugs. *J. A. M. A.* 1955, 157, 1113—1119.
16. Levine, J., Rinkel, M., Greenblatt, M., Psychological and physiological effects of intravenous pervitin. *Am. J. Psychiat.* 1948, 105, 429—434.
17. Myerson, R., Loman, J., Rinkel, M., Lesses, M. F., Effects of amphetamine (benzedrin) sulphate and paredrine hydrobromide on sodium amytal narcosis. *New England J. Med.* 1939, 221, 1015—1019.
18. Paulett, J. D., Intravenous methyl amphetamine: an aid to psychotherapy in general practice. *New World* 1953, 78, 483—487.
19. Rothman, T., Sward, K., Studies in pharmacological psychotherapy. I. Treatment of refractory psychoneuroses and personality disorders with thiopenthal (pento-

- thal) sodium and methamphetamine (desoxyne). Arch. Neurol. Psychiat. 1956, 75/1, 95—105.
20. Rudolf, G. de M., Amphetamine preparations in psychiatry. Med. Illustr. 1956, 10/2, 106—110.
 21. Sargent, W., Some observations of abreactions with drugs. Dig. Neurol. Psychiat. Inst. of Living. 1948, 16, 193—206.
 22. Seiler, B., Pervitin als Hilfsmittel in der psychopathologischen Diagnostik. Med. Diss. Hamburg 1950.
 23. Shorvon, H. J., Rook, A. J., Wilkinson, D. S., Psychological treatment in skin disorders with special reference to abreactive techniques. British Med. Journ. 1950, 9, 1300—1304.
 24. Shorvon, H. J., Sargent, W., Excitatory abreaction: with special reference to its mechanism and the use of ether. The Journ. of Med. Science 1947, 93, 709—732.
 25. Simon, J. L., Taube, H., A preliminary study on the use of methedrine in psychiatric diagnosis. J. Nerv. Ment. Dis. 1946, 104, 593—996.
 26. Straker, M., Intravenous methylamphetamine — adjuvant to psychotherapy. Am. J. Psychiat. 1953, 109, 853—855.
 27. Švec, F., Farmakodynamika liekov so stránky experimentálnej a klinickej. Diel I. Nervová sústava, SAV Bratislava 1953.
 28. Vondráček, V., Dobrý, J., Ritalin — nové psychomimetikum. Čs. psychiatrie 1958, 54, 88—93.
 29. Ziolkó, H. N., Zur Pervitin-Wirkung bei Neurotikern. Mschr. f. Psychiat. 1955, 130/6, 406—414.
 30. Žalman, E., Psychotonové interview. Lék. listy 1950, 5, 160—164.
 31. Žalman, E., Kopjev, V., Vitek, A., Psychotonový rozhovor s alkoholiky. Prakt. lék. 1950, 30, 413—414.
 32. Žalman, E., Krupička, B., Poláčková, J., Psychotonový rozhovor u normálních lidí. Lék. listy 1951, 6, 19—23.
 33. Žalman, R., Krupička, B., Poláčková, J., Likvorový, venosní a arteriální tlak při nitrožilním podání vyšších dávek benzedrinu. ČLČ 1951, 90, 583.

Резюме

Фенаминовый интервью у эмоционального невроза

Ст. Кратохвиль

После исторического обзора применения возбуждательных аминов в качестве эксплорации и психотерапии сообщены результаты фенаминового интервью с 50 пациентками, страдающими эмоциональным неврозом, при интравенозной дозе 30 мг фенамина.

В дозе интервью установлены значительные индивидуальные различия. Часто появляется повышенная разговорчивость, эмотивность и моторное беспокойство, причем наступает абреакция, т. е. высказывание психических травм и конфликтов с принадлежащим к ним эмоциональным doprovождением. Такой ход интервью бывает либо однофазного типа, который характеризуется главным образом повышенной общительностью при состоянии депрессии и склонностью к плачу, или реже двухфазного типа, когда фазу дисфорической общительности предшествует аффективный взрыв с интенсивной эксцитацией. В этих случаях фенамин может облегчить открытие важных для этиологии анамнестических обстоятельств или их эмоционального заряда, в некоторых случаях тоже содействовать дифференциальному диагнозу между неврозом и психозом. При недостаточном психотерапевтическом отношении, однако, серьезные факты могут быть не обнаружены.

Основное значение фенаминового интервью для психотерапии состоит в создании условий для интенсивной абреакции психических травм и конфликтов и тем к ослаблению эмоциональной тензии.

Невыгодой этого метода является иногда появляющиеся головные боли, сердцебиение, бессоница итд. Иногда фенамин оказывает только вегетативное действие или остается совершенно без эффекта, в других случаях может вызвать эуфорию или — парадоксально — торможение, замедленность речи и даже сон.

Несмотря на известный процент неудач и некоторые временные неблагоприятные действия, фенаминовый интервью занимает важное место среди абреактивных методов и его эластичное и индивидуализированное применение может явиться эффективной составной частью комплексной психотерапии эмоциональных неврозов.

При известном проценте неудач и некотором временном неблагоприятном действии психотонное лечение занимает важное место среди абреактивных методов и его эластичное индивидуальное применение может явиться эффективной составной частью комплексной психотерапии эмоционального невроза.

Summary

The Use of Amphetamine Interview in Emotional Neuroses

St. Kratochvíl

After the historical survey of the use of central stimulators (e. g. Amphetamine etc.) in psychotherapy follows a discussion on the Amphetamine interview tried on 50 Ss with emotional neuroses. The course of the interview shows considerable individual differences. The author observed quite often an increased talkativeness, emotivity and motoric unrest accompanied by an abreaction, i. e. an eased conveying of traumatic and tense experiences — with concomitant emotional reactions. Such course is either singlephased, characterized mainly by an increased communicativeness — up to logorrhea during a tearfully depressive mood or, less frequently, doublephased where the disphoric communicativeness changes into a phase of affective explosion and intense excitation. Under such conditions Amphetamine can help to disclose difference impediments of not imparted, etiologically important circumstances or their emotional component, in some cases also contribute to a differential diagnosis of the psychosis. On the other hand an insufficient psychotherapeutic relation can lead to the concealment of important facts. The basic importance of the interview lies in the fact that it enables an abreaction of the psychic trauma and of conflicts and helps thus to relax the emotional tension. Its disadvantages are occasional headaches, palpitation of the heart, sleelessness etc. Sometimes Amphetamine has only vegetative effects or leaves na aftereffects, in other cases it may evoke euphoria or inhibition, sometimes even sleep. Therefore is the course of the Amphetamine interview, to a certain degree, unpredictable.

Although some failures and occasionally also some unpleasant aftereffects were noticed the Amphetamine interview his, without doubt, important in the abreaction methods and its flexible and individualized use could become an effective part of the complex psychotherapy of emotional neuroses.