

# PSYCH@SOM

Číslo

**3**

(Psychosomatická medicína)

ČASOPIS PSYCHOSOMATICKE MEDICINY VYDÁVÁ  
LIBERECKÝ INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A  
PSYCHOSOMATICKE MEDICINY ,O.P.S. PRO POTŘEBU  
PSYCHOSOMATICKE SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ,  
LÉKAŘE, KLINICKÉ PSYCHOLOGY A OSTATNÍ ZÁJEMCE

Ročník

**IV/2006**

ISSN 1214-6102

**20.6.2006**

## Obsah

<b>Editorial</b>	<b>88</b>
<i>Chvála V.: Se skřípěním starších zubů</i>	88
<b>Z pošty</b>	<b>89</b>
<i>Kredba J.: Emoce – nemoce: fantomové obtíže</i>	89
<b>Politika, koncepce</b>	<b>91</b>
<i>Chvála V., Trapková L.: Nemocné společenství- nemocná duše a pak i tělo</i>	91
<i>V Rakousku vzniklo forum psychosomatiky</i>	95
<b>Akce, kurzy, semináře</b>	<b>96</b>
<i>Konference psychosomatické medicíny v Liberci EMOCE a NEMOC 21.9.-23.9.2006</i>	96
<i>Primární prevence rizikového chování</i>	96
<b>Zkušenosti z pracovišť</b>	<b>97</b>
<i>Hánová Z.: Poznámky lékaře ORL k adenotomii</i>	97
<i>Honzák R.: Manželské konflikty prodlužují hojení ran</i>	99
<b>Praxe</b>	<b>100</b>
<i>Chvála V.: Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část III</i>	100
<i>Symptomy od porodu po separaci dítěte</i>	101
<i>Symptomy přechodu</i>	104
<b>Teorie</b>	<b>106</b>
<i>Köhle K.: Komunikace, část III</i>	106

<b>Recenze</b>	<b>112</b>
----------------	------------

<i>Mavis Kleinová: <b>Objav sám seba</b></i>	<i>112</i>
--	------------

<b>Nabídky</b>	<b>113</b>
----------------	------------

<i>Denní stacionář pro klienty s neurotickými a psychosomatickými poruchami</i>	<i>113</i>
---	------------

<i>Psychoterapeutické programy v Havlíčkově Brodě</i>	<i>114</i>
---	------------

**PEER-REVIEW BOARD**

DOC. PHDR.KAREL BALCAR, PHD.

PHDR. BOHUMILA BAŠTECKÁ

DOC. PHDR.MARCELA BENDOVÁ, PHD.

DOC.MUDR. JIŘÍ BERAN. CSC.

DOC.MUDR.MARTIN BOJAR, CSC.

MUDR.RADKIN HONZÁK, CSC.

PROF. RNDR. STANISLAV KOMÁREK, PHD.

PROF.MUDR.ZDENĚK MAŘATKA, DRCS

DOC.PHDR.MICHAL MIOVSKÝ, PHD.

PROF.PHDR.STAN. KRATOCHVÍL, CSC.

PROF.MUDR.MILOSLAV KUKLETA, CSC.

MUDR.PHDR.JIŘÍ PONĚŠICKÝ, PHD.

MUDR.JIŘÍ ŠAVLÍK, CSC.

DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK, CSC.

**REDAKČNÍ RADA**

MUDR.VLADISLAV CHVÁLA

MUDR.RADKIN HONZÁK, CSC.

PHDR.LUDMILA TRAPKOVÁ

MGR.PETR MOOS

MGR.JAN KNOP

MUDR.PHDR.JAN PONĚŠICKÝ, PHD.

DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK, CSC.

DOC.MUDR.JIŘÍ BERAN, CSC.

**REDAKCE**

**SKT LIBEREC**

**JÁCHYMOVSKÁ 385**

**46010 LIBEREC 10**

**TEL.:485151398**

**E-MAIL: [CHVALA@SKTLIB.CZ](mailto:CHVALA@SKTLIB.CZ)**

**REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR [WWW.WEBARCHIV.CZ](http://WWW.WEBARCHIV.CZ)**

**TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU**

## EDITORIAL

### Chvála. V.: Se skřipěním starších zubů

To kolísání v názvu našeho bulletinu mezi *Psych@som* a *Psychosomatická medicína*, kterého si jistě pozorný čtenář všiml, nejsou jen nějaké nahodilé experimenty zmateného redaktora. Vyjadřují skutečné dilema, kterým nyní jako původci, strůjci i vydavatelé tohoto média procházíme. Máme být i nadále samizdatovým převážně internetovým časopisem, který poskytuje prostor pro nesmělou minoritu zastánců bio-psycho-somatické nedělitelnosti člověka ve zdraví i nemoci, nebo se máme ucházet o pozornost databází, ve kterých jsou citovány články publikované v kvalitních, vědecké normy dodržujících odborných časopisech, kam se mladým autorům vyplatí psát, protože jsou existenčně závislí na impakt faktorech? To není vůbec snadná otázka. Pokud zde nebude uznávané periodikum se zaměřením na publikace z oblasti bio-psycho-somatického uvažování v medicíně, nebudou mít autoři z akademické oblasti, pokud by se vůbec takovými tématy zabývali, kde své práce publikovat. A pokud by se z *Psych@somu* takové médium přes veškerou nákladnost a náročnost procesu stalo, kde by se vedla ta *normální* řeč o pacientovi, o našich starostech s udržováním psychosomatické praxe, kdo by uveřejňoval ty první nesmělé pokusy o sdělení svých zkušeností?

*Psych@som* chtěl být nejen nezávislým odborným časopisem (to znamená především ekonomickou nezávislost na firmách podnikajících ve zdravotnictví, které vždy nakonec tlačí odborná témata tam, kde je to pro ně nejvýhodnější), ale také nízkoprahovým médiem. Proto jsme zvolili samizdatový formát. Rozvoj psychosomatiky jako vědou uznávané oblasti medicínské praxe ale nejspíš vyžaduje organizaci takového média, které by splňovalo podmínky uznatelnosti, respektovatelnosti v akademické obci. To vůbec neznamená, že respektováno a uznáváno bude, samozřejmě. Máme se vzdát toho, co máme ve prospěch toho, co mít možná ani nemůžeme? (viz dilema s vrabcem a holubem)

Všechno je to otázka jazyka. V praxi se náš jazyk proměňuje ve prospěch pacienta ke srozumitelnosti, obyčejnosti, profánosti. „Posvátný“ jazyk vědy, původně latina- jazyk v němž probíhala také křesťanská liturgie, povyšuje tuto všední skutečnost na něco neobyčejného, zázračného, nevídaného. Tak se může stát, že se udivený čtenář dozví o „*quadrupedální lokomoci k nutričnímu zdroji*“, když si četl o srnkách, které chodí ke krmelci, jak popsala na nedávném sympoziu rodinné terapie v Hejnicích Pavla Loucká. Ta o proměně jazyka z obyčejného ve vědecký něco ví, když je jazykovou korektorkou Vesmíru. A to je časopis víceméně společenský, kam se hrabe na *Nature*. Mohlo by se nám stát, až budeme mít ostatní vědou respektovaný časopis, že se místo pochopení k situaci konkrétní pacientky trpící hypertenzí dozvíme jen něco o tom, že 7% pacientů hypertenze spontánně přejde. A to bychom na tom byli zase tak, jako ostatní medicína. Věděli bychom možná, co *pravděpodobně* se může stát, ale nic o tom, co se to děje *skutečně*. Už jsem

psal, že by to chtělo připustit také metodologii kvalitativního výzkumu, a to už u nás jde. Se skřípěním starších akademických zubů, ale přece.

A tak jsme první kroky ke změně přeci jen učinili. Získali jsme pro vedení redakce Radkina Honzáka, získali jsme trochu peněz od Česko-německého fondu budoucnosti a poohlédneme se po akademické obci, kde by se mohlo umístit Centrum psychosomatických studií, které by se tématu i časopisu ujalo. V nejhorším zase můžeme mít samizdat. A jak to bude se sekci? Není čas uvažovat o jiném, vitálnější a samostatnějším organizačním uspořádání? Co vy na to, čtenáři, zájemci o psychosomatickou problematiku?

## Z POŠTY

### Kredba J.: Emoce – nemoce: fantomové obtíže

#### Rozjímání

Nevím jak dlouho předtím než Toník Šimek zemřel, mi vyprávěl o projektu uspořádat konferenci o „fantomových“ bolestech hlavy. Prvoplánově jsem to vnímal jako žert, ukázalo se, že ne tak docela Toník. Také nevím, jak se svým nápadem dále naložil. Když jsem se ale od Františka Neradílka dozvěděl o této Vaší konferenci, zapřemýšlel jsem, chtěl-li bych a pokud ano, co bych chtěl na tomto Vašem setkání nabídnout na téma emoce – nemoce a první nápad byl emoce-nemoce jako „fantomové“ obtíže.

Vnímám dnešní dobu jako dobu inflace slov i sdílení. Nepochybně je to dáno mým - starobou a skepsí - pokřiveným pohledem, že ji vnímám nejen takto, ale ještě ke všemu velmi odtrženou od reality, vzdor tomu, že se jakoby realitou zaobírá neustále: penězi a konzumem. S ohledem na to vždy znovu váhám, přidávat-li další slova k té jsoucí hromadě. Snad jich nebude třeba tak mnoho. Možná by býval stačil jen nadpis?

Nevím a dokonce čím dál méně se stavím za představu, že emoce přímočaře a prvoplánově nemoce vyrábějí. A pokud by tomu tak i bylo, a je dobré držet tuto možnost v patrnosti, přijde mi, že sdělení tohoto typu klientovi, je terapií „dřevěnou narkózou“ (palice do hlavy). Jisté je, že naopak to platí. Například chronická bolest dříve či později ono podivné neprožívání, kterému říkáme pracovní deprese, vybudí. Vráťím se ke svému pojetí psychosomatiky, a k odtud pramenícímu akcentu psychoterapie, o kterou se pokouším. Obojí lze shrnout a komprimovat do podoby: rozšiřovat prostor klientovy **reality** v neprospěch jeho reality virtuální. Dokáží-li, podobně činit v jakési podobě autoterapie sám u sebe.

Proč tedy hovořím o „fantomových obtížích“ a ne o virtuální realitě? Co je ten ztracený úd, či údy, které bolí? V prvním plánu přemýšlení mi vytanula

představa prvotního hříchu, požití zakázaného ovoce, jímž člověk začal vnímat dobré a zlé a začal se stydět. Přišlo mi, že ztracený úd by mohla být ona zvířecí nevinnost, kterou jsme my, lidé, pryč ztratili.

Realita se však jeví spíše opačně, že jsme totiž neztratili, naopak prapodivný, nový úd získali. Úd, kterému říkáme sebevnímání, rozum, řeč .., hle, údů hned několik. Ještě ke všemu je otázka, je-li vůbec možné stanovit onen jeden, pro všechny ztracený a není-li tomu naopak tak, že každý z nás jsme - více či méně nevědomě – některý z mnoha v tichosti amputovali a obětovali na oltář „falešných bohů“: výchovy, přání a představ rodičů, kulturních zvyklostí, módy, náboženství, různých myšlenkových směrů, ... a tak bych mohl pokračovat.

Jak tomu asi je v oné – dnes na konferenci traktované - oblasti emocí? Kterou emoci máme nejspíše tendenci amputovat? Říkává se, že veliké problémy jsou pro mnohé z nás s tzv. negativními emocemi, všelijakými hněvy, zlostmi, vzteky, ublíženými a nenávisťmi a že jejich ablace, částečné amputace a všelijaké „kosmetické“ operace mohou nadělat pěknou paseku a zřejmě veliké „fantomové“ obtíže. Spíše tedy než emoce- nemoce, lze vést jakousi paralelu mezi churavými či amputovanými emocemi – nemocemi!?

Psycho-terapie se – podle psychoterapeutických škol – více či méně zabývá „chirurgickou“ činností rodičů, dnes pak čím dál větší akcent klade na tutéž činnost v tzv. systémech a skupinách, a rodinné konstelace a další usilují obohatit tuto mnohost ještě o vlivy předchozích generací (o vertikální osu, resp. o prostor). Více či méně obratnými autoamputéry jsme však v dospělosti – díky dobrému školení - především my sami.

S fantomovými bolestmi se velmi těžko zachází a terapeutické postupy a efekty nezřídka končí chemickým či (opět) chirurgickým vyřazením senzitivních nervových drah či vegetativních ganglií, což by bylo velmi pesimistickým závěrem mé nedokonalé paralely. Mohu však ke konci svého – doufám nepřebujelého sdělení – nabídnout nějaké optimističtější varianty...?!

Tou, která mě napadá především, je, že amputace o kterých mluvím, nemusí být zdaleka tak nevrtné jako ony tělesné. Nikoli v tom smyslu, že by byly „virtuální“, spíše v tom, že emoce jako lidskou potencialitu nikdy nemůžeme zcela dokonale odříznout a tím pádem se nemusíme spokojit jen ošetřením jizvy nebo vyřazením vjemu bolesti.

Praha - Prosek 17.2.2006

MUDr. Jan Kredba

mail: jankredba@seznam.cz

# POLITIKA, KONCEPCE

## Chvála V., Trapková L.: Nemocné společenství- nemocná duše a pak i tělo

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec

*V těchto dnech probíhá sjezd Psychiatrické společnosti pod heslem „Nemocný mozek- nemocná duše“ ve Špindlerově Mlýně. Byli jsme také jako psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti vyzváni k podílu na programu. Protože takové pojetí považujeme za výrazně zjednodušující, připravili jsme panel s opačným tvrzením, totiž že je to nemocné společenství, které produkuje nemocnou duši a od toho se pak odvíjí to ostatní, například nemocný mozek. Protože nakonec jsme do Špindlu nejeli a naše práce tedy zůstala ležet ladem a taky proto, že jde v této podobě a době více o politikum než vědu, zařazujeme náš příspěvek do tohoto místa dnešního čísla.*

Na rozdíl od hlavního motta kongresu České psychiatrické společnosti, který naznačuje, že nemocný mozek produkuje nemocnou duši, dovolíme si z pozice sexuologa, rodinného terapeuta orientovaného na psychosomatickou problematiku a klinické psycholožky psychoterapeutky, nabídnout jinou variantu. Že totiž nemocné společenství a nemocná rodina především jsou zdrojem nemocné duše. Ta pak může mít vliv na rozvoj nemocného těla včetně mozku. Zúžený pohled na nemoc a zdraví, který beze všeho převzala medicína začátku 21.století ze staletí předchozích, stále nedovolí uvažovat o nemoci jinak než jako o poruše individua nebo dokonce jen jednoho orgánu. To neznamená, že by neexistovaly nástroje, jak se takovému zjednodušení reality vyhnout, ale rozložení sil v naší akademické obci, převažující spotřební nastavení společnosti, ekonomické a další faktory, vedou k neustálému selektivnímu popírání či vytěsňování běžně známých faktů. Všichni víme, že dítě, které nemá nejen v prvním roce života k dispozici dost dobrou matku, nebo které je vychováváno v emočně sterilním prostředí ústavu, má velkou pravděpodobnost, že nebude v dospělosti v pořádku. Všichni víme, jak zhoubný vliv na kvalitu života dospělého člověka má trauma utrpěné v dětství, zneužívání, fyzické týrání, ale i jen konflikt loajality, kterému je nutně dítě vystaveno při běžném rozvodu rodičů. Víme také, jak pod vlivem takových událostí, před kterými má dítě chránit nejbližší společenství, dochází ke strukturálním změnám mozku.

**Nekontrolovatelná stresová reakce**, ke které v takových případech dochází, je charakterizována trvajícím či stále se opakujícím aktivací kortikálních a limbických struktur mozku, jakož i centrálně periferního noradrenergického

systemu, které se vzájemně potencují, takže dojde k nadměrné aktivaci osy hypothalamus-hypofyza-nadledvinky s masivní stimulací buněk vyrábějících a vylučujících kortisol. Následné zvýšení hladiny glukokortikoidů se projevuje destabilizací zaběhaných synaptických spojení mezi neurony v mozku. Následné vyčerpání, a snížení hladiny noradrenalinu má za následek snížený mozkový metabolismus, sníženou produkci neurotrofních faktorů až po degeneraci noradrenergických axonů v kůře mozkové a k zániku pyramidových buněk v hippocampu. Tak dojde k atrofii tohoto centra, které organizuje a reorganizuje naši paměť a uspořádává naše zážitky do formy osobních zkušeností. Poněšický nazval tento jev psychosomatózou mozku. Běžně je zdrojem řady obtíží, spolehlivě víme o dispozici k depresi.<sup>1</sup>

Věda nemůže nijak svědčit o tom, co je to duše. Už od dob Descartových se věnuje bádání pouze v oblasti res extensa nejspíš proto, že věci nehmotných, duševních se nehodlala tehdy ještě mocná církev vzdát. To bylo nejspíš správné rozhodnutí, metodologie medicínského výzkumu se jasně orientovala jen na jevy ze světa k ověření. Nelze vědě vyčítat, že dodnes nemá metodologii k ohledávání duše. Může o ní jen spekulovat, ale to není činnost pro skutečné vědce. Víme, že se tak dostáváme pouze k obrazu přírody bezduché.

Jenže poměry sil se od dob Francouzské revoluce výrazně změnily. Církev už nemá takovou moc, ubylo věřících a obáváme se, že o záležitosti duše se velmi často nestará nikdo. Naše pochopitelná slepota k věcem duše, trefně vyjádřená v kognitivně-behaviorální terapii modelem mysli jako černé skříňky, nás nezbavuje odpovědnosti. Když jsme se chopili moci vědění, společnost od nás očekává, že ji budeme včas varovat, pokud se objeví nebezpečí. A naše vědecká komunita o tomto pověření velmi dobře ví! V případě ptačí chřipky mělo naše varování až charakter poplašné zprávy, takže lidé div nevyvraždili všechny ptáky, ačkoli skutečný virus přenášený z člověka na člověka ještě nebyl objeven.

Ve věci nemocného společenství, o kterém s jistotou víme, že denně produkuje poškozené a nemocné jedince, neříkáme společnosti nic. Proč je tomu tak? Nejspíš proto, že se domníváme, nemoc vzniká jen tak náhodou, omylem, utěšujeme se, že pokud možno všechny nemoci, dokonce včetně lhářství, obžerství a alkoholické závislosti mají na svědomí naše geny. Mozek, nemocný jen tak z ničeho nic, má mít na svědomí nemocnou duši. Když je mozek nemocný, vzácně třeba při nemoci šílených krav, navrhne vybití celá stáda. Tam neznáme bratra. Ale jestliže platí, že předčasné vystavení dítěte neúměrnému stresu díky selhávání rodičů způsobí nenávratné strukturální změny mozku, které mohou vést k různě chybnému vývoji dítěte, k poruše osobnosti, k poruše jeho chování, máme snad navrhnout také tak radikální opatření ve vztahu k nemocným rodinám? Jak to, že tady celá věda mlčí? Možná si myslíme, že to není potřeba, že přece každý rodič ví, jak se má

---

<sup>1</sup> Gedo, JE, Deneke, FW: *Psychische Struktur und Gehirn*. Stuttgart, New York. Schattauer, 1999.



chovat, a nakonec, je to privátní věc, těžko ovlivnitelná. Nikdo nechceme snášet zásahy státu do intimity rodiny, jistě. Také bychom nebyli pro. Ale nejsme si vůbec jisti, že vyjma rodinných terapeutů v medicíně u nás poměrně vzácných, si někdo z lékařů uvědomuje, že nemoci, zdaleka ne jen ty duševní, vznikají především v intrarodinném napětí, které nutně provází vývoj celého systému. V něm jsou totiž narozením dítěte navždy a nerozlučně svázáni dva cizí lidé, muž a žena, kteří se sice měli původně rádi, ale kdo ví, jak dlouho jim to vydrží. A nerozlučně jsou svázáni jako rodiče, nikoli jako partneři. Proto je jejich situace často tak zoufalá. A pro jejich děti nebezpečná.

Nejen my jsme prokázali, že dítě potřebuje pro zdravý růst oba rodiče. Potřebuje prostředí se dvěma jasně vyjádřenými ohnisky jazykových operací: akceptujícím a vymezujícím.<sup>2</sup> Ty bývají v ideálním případě vázány na ženu a muže, jak ukázal Glaeson ve své teorii mostu už v r.1975.<sup>3</sup> Jako rodinní terapeuti jsme pozorovali mnohokrát, jak porucha spolupráce těchto dvou ohnisek kolem dítěte vede k rozvoji symptomů u dítěte nebo u jeho rodičů, k somatické nemoci nebo k poruše chování -v lepším případě. A také jsme viděli, že vyladění spolupráce mezi oběma rodiči vedla k ústupu symptomů nebo k úpravě chování. Takové vidění však neumožňuje na individuuum zaměřený diagnosticko-terapeutický systém, který v medicíně převažuje. To je možné zahlédnout v intimním prostředí psychoterapie nebo ještě lépe rodinné terapie.

Máme snad proto naléhat na sociology, aby tohle společnosti vyjasnili oni? K nim ale lidé nechodí se svými nemocemi. Ti chodí přece do lékařských ordinací! Ale jestliže my zůstáváme v drtivé většině k interakčnímu prostředí rodiny slepí, zahledění mnohem spíše do výsledků biochemických a zobrazujících vyšetření, kdo má přinést svědectví o nebezpečí, které z rozkladu tradiční rodiny povstává pro evropskou civilizaci? Ostatně sociologové už bijí na poplach, nemohli si nevšimnout porodnosti, která je v řadě evropských zemí stejně nízká, u nás podobně jako v Rakousku či Německu kolem 1,2. To totiž znamená prudké ubývání populace, protože sto žen porodí jen 50 dcer. Tedy redukce rodiček na 50% v další generaci. A když víme, že mateřství se učí dcera od matky, je jasné, že se jeho porucha projeví velmi pravděpodobně i v další generaci, možná i zesílí. Jediná země v Evropě, kde ještě přirozeně přibývá obyvatelstvo, je už jen muslimská Albánie.

Naše zahledění na pozoruhodné detaily těla, buněk a organel, naše technické možnosti znázornit jemné struktury mozku i s jejich aktivitou in vivo nám znemožňuje uvidět celý systém, ve kterém poruchy funkce a později i struktury vznikají. Duši tam stejně nezahlédneme, ani při větším zvětšení. Vzniká jako ta nejpozoruhodnější interakční síť během procesu jazykování (languaging) mezi lidmi, složitý proces spoluutváření a předávání kultury, které

---

<sup>2</sup> Trapková, L, Chvála V: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál, Praha 2004

<sup>3</sup> Glaeson, JB: Fathers and other strangers: men's speech to young children. In: Dato,D.P(ed.), *Developmental psycholinguistics: theory and applications*. Washington D.C, Georgetown University Press, 1975, 171-222 s.

bez intimního uspořádání kolem dítěte není patrně v celém rozsahu možné. Proto jsou zásahy do rodiny, útoky na ni, její rozklad tak nebezpečné pro celou civilizaci. Obávám se, že stále nevíme, co rodina vlastně představuje za organizmus, i když jsme donekonečna opakovali slogany jako zdravá rodina-základ státu. Totalitní společnosti, jak fašistická tak bolševická, kupodivu na rodinu tvrdě útočily, chtěly se bez ní obejít. Doufali v orvelovskou kontrolu nad jedincem a její ideologové si nejspíš dobře uvědomovali, že v intimitě rodiny je rostoucí jedinec chráněn. K tomu také rodina je, dokud existuje, dítě má šanci vyrůst i v té nejběsilejší době jako zdravé. Tam, kde se podařilo rodiny během několika generací postupně rozložit, kde bylo zničeno mateřství nebo otcovství a rodina byla zbavena své autonomní ochranné funkce, další generace mohou být těžce poškozené nebo nevznikají vůbec. Taková situace už v Evropě byla. Druhé až čtvrté století jsou charakterizovány naprostým rozkladem státních struktur, rozpadem rodinných soustav, koncem tehdejšího civilizovaného světa. E.R.Dodds, profesor řečtiny a latiny na Oxfordské univerzitě, ve své knize o době úzkosti, jak ji nazývá, ukazuje, jak na troskách Říše římské vzniká nová křesťanská Evropa.<sup>4</sup> Raní křesťané totiž neudělali to, co by patrně udělal stát dnes, nezasahovali do rodin zvenčí na základě práva. Přinesli silný příběh Krista, který umožnil integraci všech, kdo uvěřili, do komunit, které posílily ochranu nad rostoucími dětmi, obnovily ochrannou funkci rodiny, soužití mužů a žen. Křesťanství přineslo pravidla, dnes by se řeklo „trvale udržitelného rozvoje“ lidských komunit. Tady vznikla zkušenost, že o duši se pečuje lépe vírou a slovem, než mečem a vědou.

Naše zkušenost vznikla na půdě rodinné terapie. Jsme si vědomi toho, že porozumět a uvěřit jim lze spíš v psychoterapeutickém prostředí. Rodinná terapie se svými nástroji, systemickým způsobu myšlení, neutralitou, cirkulárními otázkami, hypotetizováním, uměním narativní terapie, teorie sociálního konstruktivismu, radikálního konstruktivismu umožňuje nahlédnout do intimity rodin lépe než jiné techniky.<sup>5</sup> Každá rodina představuje svět sám pro sebe, stejně tajemný a nezachytitelný, jako svět duše jednoho každého člověka. A přece nemůžeme už tvrdit, že neexistuje, aby totiž opravdu nakonec nepřestal existovat. Zoufale se pokoušíme pěstovat komunitu rodinných terapeutů v přesvědčení, že rodinná terapie má velký terapeutický potenciál právě pro složité chronické případy, se kterými si pouze biologicky vzdělaný lékař žádného oboru nemůže poradit. Vychovat rodinné terapeuty je totiž nekonečně složitější a na čas náročnější, než vyrobit vakcínu proti ptačí chřipce, nakoupit ji a přeočkovat obyvatelstvo. Sama E.B.medicína nemůže organizmus rodiny zhlédnout ani léčit. Musí být tedy bezmocná tváří tvář symptomům, které rodina produkuje.

<sup>4</sup> Dodds, ER: *Pohané a křesťané ve věku úzkosti*. Nakl. Petr Rezek, Praha, 1997

<sup>5</sup> Gjuričová Š, Kubička J: *Rodinná terapie, systemické a narativní přístupy*. Grada, Praha 2003

## V Rakousku vzniklo forum psychosomatiky

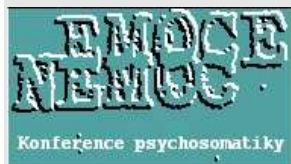
Rakouská lékařská komora (OeAeK) založila forum psychosomatiky (Forum Psychosomatik). Podle tiskového sdělení presidenta rakouské lékařské komory Reineru Brettenthalera, má tato iniciativa šířit povědomí o významu psychosomatického přístupu u pacientů, medicínských institucí a veřejných či privátních pojišťoven. Doslova uvedl, že "přání po celostním přístupu v léčení, které je smysluplné jak z hlediska celospolečenského tak medicínského, není ještě v Rakousku rozšířené v dostatečné míře". Podle německých výzkumů je základní psychosomatická péče, poradenství a terapie indikovaná u 23 procent obyvatelstva. V Rakousku zatím obdobné epidemiologické studie chybí a proto bude jejich vypracování jedním z předních úkolů nově založeného fóra. Přitom půjde především o propojení psychosomaticky vzdělaných lékařů v soukromých ordinacích a ambulantních a lůžkových zařízeních v nemocnicích. Zároveň je nutné vytvořit standardní směrnice, podle kterých by se dalo určit, jaké zdravotní poruchy se dají léčit ambulantně jaké vyžadují hospitalizaci.

Koordinaci psychosomatického fóra převzal internista prof. Karl Harnoncourt, který učí na universitě v Hradci (Graz). Harnoncourt považuje za nutné změnit orientaci medicíny tak, aby se zaměřila na pacienta jako člověka a nezabývala se pouze jeho nemocí. Brettenthaler uzavřel tiskovou zprávu poukazem, že "začlenění psychosomatiky ve smyslu bio-psycho-sociálního přístupu je úkolem, který už delší dobu čeká na splnění."

*Překlad krátké zprávy ze švýcarských lékařských novin (Schweizerische Aerztezeitung, prosinec 2005, Nr. 51/52) Ondřej Masner*

# AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

## Konference psychosomatické medicíny v Liberci EMOCE a NEMOC 21.9.-23.9.2006



### STAV K DNEŠNÍMU DNI:

165 přihlášených zájemců (dále registrujeme jen náhradníky)

50 přihlášených příspěvků ze kterých bude vybrán definitivní program

aktuální informace na <http://www.lirtaps.cz/konference.htm>

### Z INFORMACÍ PRO PŘEDNÁŠEJÍCÍ:

...do dnešního dne jsme zaregistrovali 50 zájemců o přednášení na připravované 11.celostátní konferenci Psychosomatické medicíny v Liberci (21.-23.9.2006). Z této nabídky, která zdaleka nepokrývá plánovanou tématickou oblast Emoce a nemoc, budeme vybírat program tak, aby byl pro zájemce, kterých je k dnešnímu dni přihlášených více než 160, co nejzajímavější... Při sestavování programu budeme dávat přednost, vedle vyzvaných přednášejících, takovým autorům, kteří pokud možno budou zůstat po celou dobu konference, nebo alespoň po její část tak, aby se mohli podílet na diskusi a dalších setkáních. Hlavním záměrem nás pořadatelů je vytvořit přátelskou a pracovní atmosféru, ve které nejde o to předvést, kdo toho ví více, zahrát posluchače cizími a ohromujícími pojmy, ale diskutovat nad rozdíly, zobrazit svět co nejpestřeji a rozdílná pojetí vydržet a vzájemně se snášet. Chceme, aby účastníci neodjížděli vyčerpaní, ale načerpaní.

## Primární prevence rizikového chování

### III. ročník mezinárodní konference

Centrum pro adiktologii Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, ve spolupráci s partnery společně organizují: **III. ročník celostátní konference Primární prevence rizikového chování**, která se uskuteční ve dnech 27. – 28. listopadu v Praze. Konference navazuje na předchozí úspěšný první a druhý ročník konference pořádané v roce 2005 a 2004. Konference bude zaměřena na společnou obecní část, koncepčních předpokladů pro úspěšnou primární prevenci i prakticky, s alternativní volbou workshopů na jednotlivá témata.

#### Hlavní tématické bloky konference:

- agrese a šikana,

- rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
- poruchy příjmu potravy,
- rasismus a xenofobie,
- negativní působení sekt,
- sexuální rizikové chování,
- závislostní chování (adiktologie).

**Aktuální informace a přihlášky na konferenci naleznete** na internetových stránkách [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) v průběhu července. Uzávěrka přihlášek je 31. října 2006.

## ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

### Hánová Z.: Poznámky lékaře ORL k adenotomii

V následujícím příspěvku chci ukázat adenotomii (*vytržení nosní mandle, pozn.red.*) ze zorného úhlu psychoterapeuta. Spojuji v něm svou zkušenost z ORL praxe a z praxe psychosomaticky orientované psychoterapeutky.

Adenotomii užíváme k odstranění ložiska zánětu, uvolnění dýchacích cest, uvolnění Eustachových trubíc. V následující smyšlené kasuistice nabízím i další významy tohoto aktu. Adenotomii zde představuji jako rituál v emočním světě rodiny.

Emoční vlivy nelze dát do tabulky, nicméně kasuistikou můžeme ilustrovat. Ten příběh mívá řadu příbuzných podob. Emoční zátěž rodiny, vedoucí ke koloběhu stonání, má nekonečný počet rozličných zdrojů. Příběh, kdy vstupu do mateřské školy je vystaveno dítě, jehož čas dobře nenazrál, je poměrně častý, tedy ho zde užívám. Jako další zdroje rodinné tísně si lze dosadit vážné krize partnerské, významné ztráty, ....

Rodina s malým dítětem se zmítá v koloběhu stonání. Dítě právě nastoupilo do MŠ. Na jeho imunitní systém útočí nové patogeny. Není-li na vstup do MŠ zralé, je navíc odtržením od rodiny prostřednictvím emocí ořesen jeho imunitní systém. Vedle patogenů bují i úzkosti a nejistoty. Matka je zatížena a znejistěna po nástupu do nového zaměstnání. Je rozpolcena mezi roli profesní a mateřskou, snadno v ní vznikají pochybnosti o sobě, pocity viny ze zameškané práce a zároveň pocity viny z opuštění dítěte. V domácí atmosféře visí nejistota, obavy, úzkost. Otec zajišťuje finančně rodinu a ne snadno hledá, jak by mohl stonajícímu dítěti pomoci. Návštěvy lékařů jsou převážně v kompetenci matky, význam otcovské postavy bývá přehlížen. Otec ani často neví, že by mohl situaci změnit. Neví, jak na to. Vliv pevného rozhodného článku rodiny je oslaben.

V tuto chvíli při návštěvě ORL mocná postava lékaře-lékařky shledá zvětšenou nosní mandli a doporučí odstranění. Mandle je označena za viníka neutěšeného stavu. V tu chvíli už se rodině ulehčuje. Problém sedí v mandli, a to odbřemeňuje všechny zúčastněné. (Jen lékaře a jeho tým čeká práce, ale ti jsou tu konečně od toho - nebo k tomu?). Rodina od lékaře čerpá jistotu, sílu. Má s ním významný vztah, tedy zdroj podpory proti úzkostnosti. Matka s dítětem putují s cílem získání předoperačního vyšetření. Jsou spolu víc v kontaktu, a to ladí emočnímu prostoru dítěte. Také je to

dobré pro vnitřní svět matky. Je s dítětem a zároveň má jasnou omluvu, proč není v práci. Širší rodinou probíhá vzrušení, probírá se, kdo kdy na AT byl, jak to pomohlo. Vypráví se příběhy adenotomií rodičů, rodina se sytí letitými zkušenostmi, zklidňuje se.

Pak přicházejí na příjem. Je u toho i otec, tentokrát v jasně definované a srozumitelné roli dopravce. Procházejí rituálem příjmu. Jdou-li věci dobře, je počínání profesionálů ujištěním rodiny o tom, že se dostala na správné místo, ve správnou dobu. Ujištěním, že vše bude v pořádku. Všichni na tom společně pracují. Úzkosti a nejistoty se rozplývají v dobře fungujícím soukolí ORL odd. Úzkost a nejistoty, které od počátku páchaly zlo v imunitním systému rodiny. Zde na ORL odd. má vše svůj řád, rytmus, pravidla. Dodržování pravidel, rituálů, to je na úzkosti a obavy dobrý lék.

Celým rituálem je zprostředkována zpráva o tom, že za stonání nikdo doma nemůže. Lékař a jeho tým silným a mocným zabojevaním proti nemoci ujišťují o tom, že zásahem zvenci lze pomoci. Dítě, jehož emoční a imunitní systém dočasně našel řešení ve stonání, se dozvídá, že setrávat v nemoci není dobrá cesta. Stonání, původně užitečné k oddálení MŠ, mění svůj význam. Je spojeno s bolestí odběrů krve, posléze s bolestí v krku. Dítě mobilizuje své síly, má-li jaké..

Proběhne adenotomie, proběhne vzepětí emocí a sil v rodině, následováno uvolněním. Udělali jsme to, co už mnozí před námi. Zvládli jsme to. Složitost světa, trable v MŠ, zaměstnavatel matky a další tíživé vlivy jsou na chvíli zapomenuty, rodina prošla očistou. Dítě je obřezáno ku zdraví. Rodina jako organismus i každý její člen zvláště zjistili, že to zvládnou. Když zvládli tohle, je v tom naděje i pro budoucnost. Naděje léčí.

Adenotomie je rituál, kterým prošli mnozí, v řadě případů pomáhá. Pravděpodobně nejen mechanickým odstraněním zánětlivého ložiska. Zvětšená nosní mandle je omluvenkou. Nemoc jako důvod k nechození do školky a do práce je v našich krajích více obvyklá a přijatelná, než vysvětlovat absenci tím, že se někomu stýská, že je přetížen, že se bojí.

Každý otorhinolaryngolog zná dobře význam a užitečnost adenotomie. Nabízím zde k tomu pohled z toho hlediska, že adenotomií jako aktem, rituálem, a to i bez kognitivního zpracování někdy tolik významných emočních kořenů stonání, se věci dávají do pohybu směrem k lepšímu. Adenotomie koná důležité věci na cestě ke zdraví. Soudím, že jak v biologické a somatické oblasti, tak v psychosociálním prostoru dítěte.

Závěr? Adenotomujme. A užívejme si to rituálně. Poskytujeme –li rodině ze sebe odbornost i ubezpečení, máme tu možnost mocně pomoci.

MUDr.Zina Hánová, ORL, Praha: [hanova@fnkv.cz](mailto:hanova@fnkv.cz)

*Pozn.redakce: a že lze tuto zkušenost podpořit i ověřenou teorií a výzkumem ukazuje další článek, který zařazujeme právě proto do tohoto místa:*

## Honzák R.: Manželské konflikty prodlužují hojení ran

*To věci malé jsou a plané,  
a přesto plné tragiky.  
A srdce hynie ubodané,  
ne mečem, ale špendlíky.*

Viktor Dyk

Epidemiologické údaje potvrzují negativní vliv stresu na celkový zdravotní stav jedince. Stresový děj může být spuštěn mnoha způsoby, v psychosociální oblasti pak jednak významnými životními událostmi (**life events**), ale též každodenními nepříznivými situacemi označovanými v literatuře jako **hassles** (tj. drobné těžkosti, mrzutosti, šarvátky, nepříjemnosti). Základní sociální pole, na němž se stresové vlivy uplatňují, nacházíme v rodině, zaměstnání a v oblasti zájmů a zálib. Podle inventáře životních událostí, který v šedesátých letech minulého století sestavili Holmes a Rahe, se nejvýznamnější a tedy také nejzhooubněji působící události odehrávají právě v rodině (úmrť partnera = 100 bodů, rozvod = 73 bodů, rozvrat manželství = 65 bodů, úmrť blízkého člena rodiny = 63 bodů, sňatek = 50 bodů, zatímco úraz nebo vážné onemocnění = 53 bodů).

Jestliže je rodinná problematika potenciálním zdrojem tak vysoko vyhodnocených stresových vlivů, je při optimálním chodu rodina rovněž zdrojem kvalitní podpory a protektivní potence pro zdravotní stav. A naopak: špatná kvalita rodinných vztahů by mohla mít na tento stav zásadní vliv a řada epidemiologických a klinických studií to dosvědčuje. Prokázalo se, že v nešťastných manželstvích je 25krát častější incidence depresí, že manželský stres zhoršuje prognózu žen po prodělaném infarktu myokardu, že tento stres zhoršuje průběh řady dalších onemocnění a že souvisí s mnoha nemocemi ve vyšším věku

(<http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/41/3/22> - 19.5.2006).

Oddělení molekulární virologie, imunologie a lékařské genetiky spolu s psychologickým oddělením Ohio State University v USA se již mnoho let zabývá problematikou hojení ran ve vztahu k řadě dalších biologických i psychosociálních faktorů, jakými jsou věk pacientů, imunitní charakteristiky, bolest, stresové vlivy a deprese. Poslední, hojně citovaná, práce této skupiny (Kiecolt-Glaser JK, et al.: Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. Arch Gen Psychiatry, 2005 Dec;62(12):1377-1384) dává v rámci cirkulární kauzality zapravdu aforismu Ingrid Bergmanové: *Štěstí v manželství záleží na dobrém zdraví a špatné paměti*, a to v psychosociální oblasti zejména na zapomínání na utrpené křivdy a zapomínání na touhu je pomstít. V citované práci se autoři rozhodli ověřit hypotézu, že hostilní partnerské vztahy negativně ovlivňují hojení ran tím, že ovlivňují jak lokální, tak systémové imunitní parametry. Ve studii bylo vyšetřeno celkem 42 manželských párů ve věku od 22 do 77 let (průměr 37±13 roků), v manželství trvajícím průměrně 12,5 (±11) roků.

Páry nastoupily s časovým odstupem celkem dvakrát k 24hodinové hospitalizaci, hojení arteficiálně způsobených ran vyvolaných prudkým odtržením standardizované lepící pásky přiložené na kůži bylo sledováno v den pokusu a v následujících dnech. V den hospitalizace účastníci nejprve vyplnili dotazníky týkající se sledovaných

postojů a byly provedeny krevní odběry pro stanovení koncentrace prozánětlivých cytokinů, další odběry byly provedeny druhý den ráno. Potom manželé diskutovali o tom, co by každý z partnerů rád na sobě změnil a druhý partner mu přitom poskytoval sociální podporu. Výzkumný tým sledoval a vyhodnocoval jejich chování z vedlejší místnosti přes dvoucestné zrcadlo. Druhá jednodenní hospitalizace měla analogické uspořádání pouze s tím rozdílem, že předmětem diskuse byla „horká“ témata, na která měli manželé zásadně rozdílné stanovisko (peníze, příbuzní, aj.).

Po konfliktním uspořádání diskuse se způsobené rány hojily pomaleji a také produkce lokálních cytokinů (IL-6, TNFalfa\* a IL-1beta\*) v místě poranění byla nižší, než po rozhovoru zahrnujícím sociální podporu. Páry, které konzistentně vykazovaly vyšší úroveň hostilního chování během obou sezení (29 % celého vzorku), vykazovaly pomalejší hojení ran; asi 60% ve srovnání s páry, jež postupovaly vzájemně vstřícně. Manželé s vysokou mírou hostility po srovnání se vstřícnými páry měli také druhý den po konfliktní diskusi vyšší hodnoty plazmatického TNFalfa\*, než po rozhovoru zahrnujícím sociální podporu.

„Byli jsme překvapeni, jak vysoce senzitivní je hojení ran i na tak malou stresovou zátěž“, prohlásila hlavní autorka Janice Kiecolt-Glaser. „Výsledky naší studie mají mnohem širší význam, protože zvýšení plazmatické koncentrace prozánětlivých cytokinů hraje podstatnou úlohu při rozvoji a udržování chorob, které se objevují ve vyšším věku, včetně kardiovaskulárních onemocnění, diabetu 2.typu, osteoporózy, artritidy a dalších, včetně některých nádorů.“ Autoři poukázali také na to, že zatímco experiment byl časově limitován na dobu 2x10 minut, manželské hádky doma mohou trvat celé hodiny.

[radkinh@seznam.cz](mailto:radkinh@seznam.cz)

## PRAXE

### Chvála V.: Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část III

#### *Summary*

#### *Psychosomatic gynaecology and sexology II*

*There is not necessarily a noticeable difference between a standard medical practice and a professional psychosomatic approach. But the respect for patient's bio-psycho-social reality creates a different way of thinking, widens the viewpoint and changes therefore the inquiry. A psychosomatically oriented gynaecologist and sexologist asks the patients*



*about different things than his colleagues. This article summarizes experience with a psychosomatic practice, in which it is impossible to separate gynaecology from sexology and urology. We understand the symptoms as possibilities available for the organism in certain periods of its lifetime within the scope of its important relationships. There are given casuistic examples. The text is published in three parts. Part No.III*

## Symptomy od porodu po separaci dítěte

**Od porodu po separaci dítěte:** Dynamické období v životě ženy, které samo o sobě má několik fází: do věku šesti let dítěte, do dvanácti let a pak do dokončení separace dítěte, které lze jen těžko věkem ohraničit. Náplň těchto období je různá, úkoly, které ženu čekají, vyžadují postupné proměňování vztahového pole. Další a další dítě, které případně žena porodí buď s jedním nebo dalšími partnery, situaci dále komplikují. Žena může být současně matkou patnáctiletého syna, sedmileté dcery a novorozence. S každým z nich vytváří nové významové pole a to může obsahovat rozdílné symptomy. Pokud se navíc situace komplikuje tím, že každé dítě počala s jiným partnerem a ten uplatňuje nároky na výchovu svého potomka nebo i na pokračování intimity s jeho matkou, může být situace naprosto nepřehledná. Hlavní charakteristikou tohoto období je neustálé vzdalování se dětí od matky.

Rodičovství, jak bylo řečeno, nelze už nikdy zrušit. Bude trvat i po smrti rodičů, nebo po smrti dětí. Další paradox tohoto zvláštního uspořádání je v tom, že oba rodiče jsou na sobě fatálně závislí ve výkonu rodičovství. Jak jsme ukázali s Trapkovou jinde, lze vzájemnou vydanost matky a otce vyjádřit i tak, že každý z nich může být jen tak dobrým rodičem, jak dobrého má vedle sebe parťáka. Rodičovství se totiž naplňuje jako celek, jde o koordinaci ženských a mužských jazykových operací při vlivu na dítě. Zde není prostor na podrobnější výklad, za tím musí laskavý čtenář jít jinam (např. Glaesonova teorie mostu, cit v: Šulová, L.: Raný psychický vývoj dítěte, UK Praha, Karolinum, Praha 2004), chceme jen zdůraznit, že situace rodičů je v současném světě mimořádně obtížná, i když (a možná právě proto) jsou ve své většině v našem civilizačním okruhu mnohem lépe materiálně zajištěni, než kdykoli v historii.

Růst a zrání dítěte nelze beze škody urychlit pod určitou mez. K jisté akceleraci nepochybně vlivem četných podnětů působících na dítě, dochází. To se projevuje spíše nerovnoměrným zráním než zkracováním doby nezbytné rodičovské ochrany dítěte. Tak se dostávají rodiče pod tlak dalšího paradoxu: ačkoli současná euro-americká civilizace klade důraz na individuaci a personalizaci každého jednotlivce, doba nezbytné spolupráce při naplňování rodičovství se nezkracuje, spíše naopak. Svědčí o tom nebývalé množství jedinců, kteří dobrovolně dávají přednost singl životu, ať už s dítětem nebo bez něho. Se ztrátou etiky povinnosti, je spolupráce obou rodičů závislá toliko na jejich odpovědnosti. (viz Lipowetsky, G.: Soumrak povinnosti, Prostor, Praha 1999) Ohromující množství zábavy, která pomáhá vyplnit volný čas mimo rodinu, odebírá čas potřebný k synchronizaci a koordinaci jedinců uvnitř rodiny. Tento fakt je pokládán za tak samozřejmý, že vůbec nebývá dáván do souvislosti s poruchami a vývojem symptomů v rodině. Nemoci, na které má

vliv nedostatek času v rodině, jsme nazvali *hypokairózy* a píšeme o nich jinde. Zde je třeba tento pojem znovu zmínit v souvislosti se stonáním žen. Ty bývají totiž podle našich zkušeností na nedostatek času společně partnery stráveného mnohem citlivější než muži. Ještě častěji pod tlakem úkolů stonají děti, které se oprávněně teprve učí snášet vynucenou činnost. Teprve vhodná kombinace akceptujícího mateřského chování a mužského vymezujícího jednání za dostatku času na spolupobývání a vzájemné působení má na děti blahodárný účinek. Příliš jednoho nebo druhého extrému škodí.

Psychiatři bijí na poplach, že v naší populaci prudce přibývá jedinců s depresivní poruchou. Investovat do vývoje vhodných antidepresiv se ukázalo jako jeden z nejvýhodnějších obchodů moderní společnosti. Víme, že se deprese může projevovat somaticky, bolestmi, únavou, nechutenstvím nebo naopak přejídáním s následkem obezity. Víme také, že častěji postihuje ženy než muže. Můžeme je označovat za choulostivější, nebo náchylnější k nemocem, dokud si neuvědomíme, v jaké se s narozením dítěte ocitnou situaci. Jsou to ony, kdo jsou instinktivně více spojeny s dítětem a méně často než muži dítě opouštějí. Bez dobré spolupráce s mužem nemohou svému úkolu dostát. Pokud se současně snaží uspět také ve světě mimo rodinu, a jinou možnost zpravidla ani nemají, když se péče o domácnost a výchova dětí považuje za bezpracnou samozřejmost, sotva se budeme divit častějšímu rozvoji nejrůznějších poruch včetně deprese právě u žen. Ta nastupuje podle našich zkušeností především tam, kde na společný život s partnerem prakticky nezbyl žádný čas a v důsledku toho se ztratila možnost obnovovat se v uspokojivém partnerském a sexuálním životě.

Toho si všiml už na začátku dvacátého století Wilhelm Reich. Klinicky nápadný úbytek energie těchto žen si vysvětloval tak, že jim musí chybět nějaký energetický zdroj, který je k dispozici nejspíš během sexuálního aktu. (Reich, W.: Funkce orgasmu, Concordia, Praha, 1992) Dnes vystačíme s pojmem motivační energie, která se samozřejmě ztrácí, stává-li se sexuální styk nesmyslnou rutinou, která je stále častěji vynucována, když na vyladění není čas.

Že zde nevystačíme s radami postiženým párům, je nábledni. Oba mohou být plni ochoty spolupracovat, ale paradoxy, které jsme zmínili výše, je učinily dávno nesvobodnými. Svázání vrozenou vazbou skrze dítě, nemají nikdy k dispozici všechny odpovědi na své otázky jako svobodní lidé. Cožpak by mohli na otázku: „Máš mě rád?“ dopovědět jinak než že mají? Pokud jejich vztah začne vychládat, což se neomylně projeví ztrátou schopnosti sdílet intimitu, nebudou mít už jiná, než špatná řešení. Zůstat spolu jako rodiče bez intimity může být stejně ničující, jako rozejít se a založit nové rodiny. Nejspíš právě proto se často ženy, které dříve než jejich muži vnímají vychládání vztahu, dlouho snaží v sexu vyhovět muži, kterému nedostatek vyladění obvykle tolik nevadí. Ženy však samy sebe znásilňují (tj. nutí se do sexu a předstírají radost) a to se jim obvykle po čase vymstí. Další úbytek sexuální apetence je nezbytným důsledkem. Obvykle se stávají v této době častějšími návštěvnicemi gynekologických ordinací. Chceme ukázat, že tato nouze páru

není důsledkem jejich neochoty nebo špatné povahy jednoho z nich ( i když samozřejmě i to se stává), násilí ve smyslu vynuceného soužití je dáno samou podstatou rodičovství. Současný tlak na rozvoj individuality člověka (Lipowetsky) dostává rodičovství do ještě těžší situace. Vůbec se nemůžeme divit, že tolik párů ve snaze najít kompromis mezi spoluprací a samostatností, neuspěje.

Některé ženy v takové situaci „objeví“ spásný trik, jak přehodit problém na muže. Nejde obvykle o žádný úmysl, ale pokud se nějakým způsobem podaří ve vzájemné interakci zařídít, aby sex nenastal pro mužovu nechuť, je vyhráno. Sexuolog si po nějaké době může lámat hlavu tím, proč u tak mladého muže došlo k rozvoji sexuální dysfunkce. O tom, že to nebude nijak vzácná strategie, svědčí fakt, že stejně dobrým obchodem jako antidepresiva pro ženy, jsou léky na ztrátu erekce u mužů. Ve skutečnosti nedošlo v populaci k masivnímu sexuálnímu nechutenství, jak o tom svědčí fakt, že sexuální obrázky jsou nejčastěji vyhledávanými stránkami na internetu. Sexualita ve stálých intimních vztazích je nejspíš hůře dostupná. Horší je, když sexuální napětí v rodině je ventilováno přes děti ať už nepřímo, což se stává často, tak i přímo, kdy se děti stávají oběťmi sexuálního zneužívání. Varující je výroba a konzumování dětské pornografie, která může vést k deformování vztahu k dětské sexualitě. Samozřejmě, že děti prožívají sexuální pocity, objevují dříve nebo později sexuální funkce těla, pro jejich vývoj je však nezbytné, aby nebyly zatahovány do sexuality dospělých.

Vypadá to tak, že zdraví ženy závisí na udržení dobrého partnerského života pokud možno s otcem svých dětí. V klinice se to tak skutečně jeví. Nejde však jen o zdraví ženy ale i muže a dětí. To si uvědomíme právě tehdy, kdy se intimita rodičovské dvojice ztrácí a nastane napětí, které vnímají všichni v rodině. A jejich organizmy začnou podle svých možností v nestabilní situaci vytvářet symptomy. Mnohem složitější je situace párů, které nejsou vnitřně separovány od svých rodičů. Je-li např. muž stále silně závislý na své matce, aniž by si to uvědomoval, může to celý proces urychlit. Zrovna tak matka závislá na své původní rodině může pod zdánlivě nevinným konzultováním s rodiči situaci páru komplikovat.

Kromě zmiňovaných okolností útlumu sexuálních funkcí rodičovského páru se začíná objevovat častěji ještě jedna typická situace. Žena má dobré zaměstnání, brzy po porodu se proto vrátí do práce a muž zůstane doma. Na tom není nic špatného, ale má to jeden háček. Pokud žena ve světě práce uplatňuje především svou mužskou potenci, racionalitu, výkonnost, účast na hierarchii a rozhodování, může to po čase vést k problému v páru při sdílení intimity. *Nedávno se v naší ordinaci objevil muž, jehož neschopnost realizovat styk v posledních šesti měsících, vedla k rozvoji hluboké deprese. Ukázalo se, že nebyl daleko sebevraždě. Má se svou milou a velmi schopnou ženou dvě děti ve věku kolem deseti let, které miluje. Pokud byla jeho deprese řešena pouze jako deprese bez respektu k celkové situaci, byla léčba neúspěšná. Teprve když se začalo pracovat s celým párem, ukázalo se, jak se celá situace rozvinula. Muž zde sice nebyl doma místo ženy, ale měl zdánlivě*

*výhodnou turnusovou práci. Tři týdny pryč, tři týdny doma. Ženě tento režim vyhovoval, zvládala rodinu i práci, když na to byla sama, a odpočinula si od rodiny, když byl muž trvale tři týdny doma. V této době se muž plně ujímal dětí i domácnosti. Když jsme si o tom společně povídali, objevil muž, který vedle své drobné ženy vypadal robustně a silně, že se vlastně od té doby, co žena chodí do práce, vlastně bojí. Neví proč, ale má takový pocit, že vedle ní nestíhá. Ona je zdatná, schopná, v práci rozhoduje, přinese víc peněz než muž. Tak se stále více zhoršovala jejich nerovnováha, až přestal být muž schopný se vedle ní prosadit, vlastně se jí postavit, což je zásadní schopnost pro dobrou erekci. Nutno říci, že to byl velmi dobrý pár, oba se měli rádi, nechápali, jak se to mohlo stát. Nechybělo mnoho a celý příběh mohl dopadnout tragicky jen proto, že je nic nevarovalo před výměnou rolí.*

## Symptomy přechodu

V češtině se období, během kterého dochází u ženy postupně k útlumu generativních funkcí, nazývá přechodem. Stejným pojmem se označuje například *přechod horského sedla*, nebo přechod z určitého místa na jiné. O jaký přechod se zde vlastně jedná a co se to v životě ženy děje? Jakou krajinu to opouští a v jaké bude po přechodu žít?

Určitě jde především o přechod od přímé generativní funkce matky k podporující roli babičky. Žena sama už nebude schopná přivést na svět dítě, ale bude moci podporovat vývoj další generace dětí svých dětí, pokud k tomu budou dobré podmínky.<sup>6</sup> Radikální proměna vztahového pole je v tomto období nejméně tak důležitá jako proměny tělesné, ale jak jsme si už zvykli, uniká pozornosti výzkumníků. Proto je většina symptomů, které se váží k období klimakteria, vysvětlována převážně hormonálními změnami a opotřebením stárnoucího organismu ženy. Je přitom nápadné, že po přechodu se často tyto příznaky, včetně bolestí, ztratí, pokud žena nabyde nové rovnováhy. To znamená především nalezení nového místa v životě rodiny a osvojení si nové pozice.

Žena, které je v době přechodu něco mezi 40 a 50 lety, je nyní více než kdykoli před tím, závislá na kvalitě svého partnerství. Zatímco dosud nedostatky emoční podpory od manžela mohly suplovat děti, po jejich odchodu se naplno může projevit chronické selhávání porozumění v páru. S tím je také často spojena hlavní nabídka symptomů. K obvyklým gynekologickým příznakům se přidávají častější poruchy krvácení, motání hlavy, návaly, nespavost, úzkosti a panické ataky, které vzbuzují obavy z budoucnosti, matou kliniky, a vyžadují si zásahy řady odborníků, kteří se mezi sebou málokdy domluví. Některá onemocnění, která s v tomto věku ženy objevují se stoupající frekvencí, jako například karcinom mléčné žlázy,

<sup>6</sup> V měnícím se světě je stále obtížnější udržet jednotlivé generace rodu pohromadě a často se tak znemožňuje uplatnění potenciálu prarodičů. Zužuje se tak počet dospělých, kteří mohou být dětem bezpečně k dispozici. O to náročnější je funkce matky a otce, jejich postavy jsou v nukleární rodině nezastupitelné.

děložního hrdla nebo později i těla dělohy, jsou natolik závažná, že jim lékaři věnují více pozornosti. Častá vyšetření, opakované nejasné nálezy „nespecifických změn“ ženu zúzkostňují. To jen podtrhuje hlavní charakteristiku této životní etapy: nejistota z budoucnosti. Žena začíná zjišťovat, že jí v nejrůznějších sociálních situacích přestává zvýhodňovat její atraktivita. S tím se stále snižuje počet potenciálních partnerů, kteří by případně mohli pomoci vyřešit nepříznivou partnerskou situaci, i kdyby toho dosud nikdy nezneužívala. Pokud bylo mateřství zdrojem ženina sebevědomí, i to nyní končí.

S odchodem dětí je ukončována nejnáročnější fáze mateřství a nutně se vynořují pochybnosti, zda jsme pro děti udělali všechno, co bylo v našich silách. Čím více se snaží matka případné dluhy doplnit v marné snaze zabránit vývoji, tím je situace horší. Nyní už dospělé děti se pokoušejí z jejího vlivu vymanit za každou cenu. Pokud vedle ženy nestojí partner, otec dětí, o kterého by se mohla opřít, je proces separace značně ztížen. V trvalém napětí, pod tlakem častých konfliktů a následných výčitek svědomí, se chová organismus vlastně přiměřeně, jestliže zvyšuje napětí svalů s nutnými důsledky jako jsou bolesti kloubů, páteře, bolesti hlavy. Typické jsou bolesti ramen, bolesti za krkem případně cerviko-brachiální syndrom, bolesti lokte (tzv.tenisový loktů, malých kloubů. Samozřejmě tohle nejsou symptomy přechodu, pokud se ale díváme na situaci ženy ve věku 40-50 let, musíme uznat, že škála, jak může organismus na životní změny reagovat, je obrovská. Je jisté, že některé symptomy má na svědomí snižující se pružnost tkání a změny v sekreci pohlavních hormonů. Určitě však nebudeme moci říci, co bylo dříve, jako v typickém dilematu, zda slepička či vajíčko.

Napětí, do kterého se organismus dostává, je samozřejmě somatizováno také v kardiovaskulární oblasti. Zvyšování tlaku, sklony k tachykardiím, s nepříjemným bušením srdce, někdy přivedou ženu spíše ke kardiologovi. Jindy žena reaguje více v oblasti zažívacího ústrojí, pak je často v ordinaci gastroenterologa. Zatímco muž na zlost reaguje v naší kultuře spíše srdečními symptomy, žena častěji žlučnickovými záchvaty. Muž na nepříznivou partnerskou situaci reaguje zvýšením agresivity, případně únikem, včetně alkoholismu, žena se častěji projevuje depresí, stažením se do sebe, nespavostí a autoagresivními poruchami.

*Jedna z nejhůře léčitelných pacientek, která by mohla ilustrovat toto životní období, chodila stále znovu pro nechutenství, zvracení, nespavost, únavu a bolesti kloubů. Návaly, svědění genitálu, pocity jakéhosi bodání v podbřišku, byly samozřejmým doprovodem, který však v psychosomatické ordinaci nebyl tak v popředí, jako by tomu bylo v ordinaci gynekologa. Pozoruhodný byl především způsob, jakým žena své obtíže líčila. Dokázala do nejmenších podrobností líčit své nechutenství, kyselost, která ji nutila do velmi přísné životosprávy, následky svých domnělých dietních chyb, hleny, zvratky, charakter stolice atd. Chápal jsem, že u žádného lékaře dlouho nevydržela. Oč více se věnovala tělesným projevům, o to méně byla ochotná mluvit o své situaci. Byla rozvedenou matkou dvou dospělých synů. Starší z nich se oženil*

*a se svou ženou a dvěma dětmi se odstěhoval neznámo kam. Svou matku, nechtěl ke svým dětem jako babičku vůbec pustit, nejspíš pod vlivem své ženy. Pacientka se nehodlala dětem vnucovat, rozhodně s tím ani nehodlala mít žádné problémy, ale instinkty nelze vůlí zmocit. Významné zhoršení se objevilo, když i druhý syn se oženil. Ten své matce přeci jen pomáhal, pracovala jako uklízečka, ale z druhé strany také jeho žena naléhala, aby se věnoval více jí než matce. O pocitech samoty, o nedostatku kontaktu a doteku vůbec, nejen že nechtěla mluvit, obávám se, že je měla vytěsněné mimo vědomí. Zoufalství se projevovalo dostatečně v somatických projevech.*

Názor, že žena po přechodu se ráda vzdává sexu, patří k nejhlupečjším předsudkům. Dotek a kontakt s druhým člověkem, je žádoucí po celý život. Můžeme se bez něj v nouzi obejít. Neznamená to ovšem, že by to nemělo na organizmus nepříznivý dopad. Projevy stárnutí jsou proto dlouho maskovány také ze studu a ze strachu, že „až budu opravdu stará, nebude se mě už nikdo dotýkat“. O to větší význam má stále a dlouhodobé partnerství, pokud poskytuje dostatečný prostor pro rozvoj obou partnerů. Z druhé strany právě strach ze samoty někdy brání tomu, uspořádat své partnerské poměry důstojně tak, aby by to vyhovovalo oběma. Je to jako Scylla a Charybda, mezi nimiž je třeba bezpečně proplout do stáří. To pak může být dlouhým obdobím života, který má bohatou náplň a smysl. Kdyby nebylo preventivních prohlídek, tak ženy, které mají své místo v síti sociálních vztahů, které jsou spokojené a vyrovnané, nemusí vůbec gynekologa potřebovat. No proč asi? Oblast genitálu již jen minimálně vstupuje do popředí v mezilidských interakcích. A tak se dostáváme ke konci našeho pojednání, ve kterém jsme chtěli ukázat, že v oblasti genitálu se projevují nemoci podle toho, jakým interakčním možnostem tato oblast člověku slouží.

MUDr.Chvála Vladislav, sexuolog, gynekolog, psychoterapeut,

[chvala@sktlib.cz](mailto:chvala@sktlib.cz)

## TEORIE

### Köhle K.: Komunikace, část III

(2. kapitola z učebnice Uexküll: Psychosomatische Medizin, Urban&Fischer, 6.vydání, 2004) Pro Psych@Som přeložil Mgr.Lubor Špís

#### 1.3 Předběžný výsledek: „sdělení“ diagnózy jako společný výkon pacienta a lékaře

Nyní shrneme výsledek naší epistemologické analýzy. Informace je **mnohočlenným dialogicko-sémiotickým procesem**, v němž alternují **intrinsické** (zpracovávající) a **extrinsické** (nabízející) podíly.

### 1.3.1 Na začátku: intrinsické informování se

Každý člověk je aktivně vnímající, selektující a interpretující bytost se schopností abdukčního usuzování popř. tvorby hypotéz. Každý nemocný vykonává neustále sémiotickou práci, vytváří neustále významové souvislosti, snaží se vytvořit subjektivní koncept chápání vnímaných změn.

### 1.3.2 Ve vzájemném působení: extrinsická (odborná) informace

Nemocní přicházejí k lékaři vždy již „před-informovaní“. Informace nabídnutá lékařem se setká s již rozběhnutým sémiotickým procesem a nachází se ve vzájemném působení s jinými nabídkami informací a s duševními ochrannými a obrannými procesy.

Z tohoto pojetí informace jako dialogického alternování mezi intrinsickým zpracováváním a extrinsickými nabídkami vyplývá naše **základní myšlenka pro informativní chování lékaře**: precizní, individuální a napomáhající informace předpokládá znalost již proběhlých selektivních a interpretačních procesů. Optimálně se informace vydaří pouze tehdy, pokud je koncipována jako čtyřčlenný **dialogicko-sémiotický proces**, v němž se pacient a lékař pokoušejí kooperativním způsobem dosáhnout porozumění.

### Příběh pacienta

Žena ve věku 53 let, zaměstnaná jako pomocná síla v kuchyni, si při prvním sezení stěžovala na to, že ji jak obvodní lékař, tak lékaři v nemocnicích vždy pouze odmítli, když se pokoušela zeptat se na charakter své nemoci. Otázal jsem se: „Vás samotnou už toho ale jistě hodně napadlo?“ Pacientka na to zareagovala: „Víte, byla jsem stále chudokrevnější. A protože jsem navenek žádnou krev neztratila, říkala jsem si, že ji tedy asi uvnitř užívá nějaký druh rakoviny.“

V tomto rozhovoru se snažím s pacientkou navázat terapeutický vztah a získat informace o její individuální skutečnosti, o jejích vlastních procesech usuzování a interpretantech. Ze svých odborných znalostí o leukémii jsem jí schopen něco zprostředkovat pouze tehdy, pokud mi ukáže, na co můžu navázat. Svoji vyzývající otázkou („Vás samotnou už toho ale jistě hodně

napadlo?“) žádám pacientku o spolupráci v následujícím smyslu: „Vaše úvahy jsou pro naše společné snažení o diagnostiku a léčbu Vaší nemoci velmi důležité. Touto žádostí **uznávám její potřebu orientovat se** i její vlastní schopnost abdukce. Implicitně tím odůvodňuji, proč jí sám hned nenabízím žádnou informaci. („Nejprve bych se chtěl na situaci podívat z Vašeho úhlu pohledu...“). Následně mi pacientka umožní, abych se podílel na jejím vidění nemoci i na jejích dosavadních zpracovávajících procesech. Ukazuje mi, jakým způsobem transformovala obtíže a symptomy („chudokrevnější“) a s tím spojené ikonické asociace k realitě („užívá ji rakovina“) do odpovídajícího konceptu nemoci. Není těžké uznat tento sémiotický výkon, poté koncept pacienty doplnit z mé odborné perspektivy a podporovat jeho další rozvoj, a to i s případnými nutnými korekcemi.

Účinné „sdělování“ diagnózy tak vyžaduje kooperaci **lékaře a pacienta v rámci diskursivního společenství** – Peirce mluví o *Community of Inquiry* – , jehož cílem je vyjasňovat popř. takovým způsobem dojednávat významové souvislosti, aby je na závěr mohly sdílet (share) oba partneři.

V takovém diskursivním společenství navazuje lékař na znalosti a úsudkové procesy pacienta a snaží se na své straně o to, aby své výpovědi vymezoval co možná nejprecizněji, a to tak, aby na jedné straně „minimalizoval“ „interpretační prostor“ pacienta a na straně druhé respektoval jeho posluchačské privilegium spočívající v dalším rozvíjení významů zprostředkovaných konceptů. Pokračování dialogu pak bude opětovně respektovat toto další rozvíjení na straně interpretantů pacienta.

Otevřená výměna v takovémto diskursivním společenství je spoluvytvářena „zdravými pochybnostmi“. Lékař může popsat nejistotu obsaženou ve zprostředkované informaci, přiznat možnost omylu a nezdaru a vydržet společně s pacientem. Tento postup snižuje také emocionální zatížení lékaře. Oba partneři diskursivního společenství přitom uznávají obecný princip kooperace. Odchýlí-li se jeden z partnerů od tohoto principu, tak počítá s tím, že druhý partner to bude prožívat jako anomálii a bude se snažit abdukčně objasnit důvody tohoto odlišného chování. K profesionální komunikační kompetenci lékaře náleží úloha objasňovat takovéto usuzovací procesy na straně pacienta – na jejichž indukci se lékař také podílí, a tím umožňovat jejich další rozvoj popř. i jejich korekci.

### **Příběh pacienta**

Pacient se ohlíží nazpět: „Když se pan profesor posadil ke mně na postel, tak jsem věděl, že teď musím umřít.“

***Kritická hranice: Jakým způsobem je možné překonat samoreferenční uzavřenost kognitivních systémů?***



Ze sémioticko-konstruktivistického hlediska je komunikace navíc ještě stěžována charakteristickou vlastností kognitivních systémů. Teorie autopoietických popř. kybernetických **systémů druhého řádu** popisuje jejich **samoreferenční uzavřenost** (viz. kapitola 1 „Integrované lékařství“, část 2.7.3). Peirce spatřuje řešení tohoto problému na základě strukturní rovnosti myšlení a komunikace. Koncipuje myšlení jako vnitřní dialog („dialogičnost pre-komunikativní semiózy“). Dle tohoto konceptu jsou myšlenky určité osoby to, „co tato osoba říká sama sobě, tedy to, co říká onomu druhému já, jako které toto já v toku času právě vystupuje. Ve chvíli, kdy člověk argumentuje, je tím, koho by chtěl přesvědčit, právě ono kritické já.“

Komunikační výměnu popisuje Peirce na závěr jako proces vzájemné, znaky zprostředkávající snahy o dorozumění, který postupuje kupředu drobnými krůčky. Námahu, kterou tento komplexní, nelineární dorozumivací proces vyžaduje, je možné pocítit v Peircově dosud neuveřejněném rukopise 218:

*„...**účelem znaku** je doplnit představy o životě, jichž jsem já – interpret – součástí, představy, které jsem navrhl přímo ze svého vlastního života, kopíí zlomku vytrženého z života někoho jiného nebo lépe z panoramatu celého jeho života, z jeho celkového pohledu na život; a potřebuji pouze vědět, kde se na panoramatu svého universálního života nacházím, abych mohl vložit kopii tohoto zkopírovaného zlomku. Zde si dobře povšimněte, že žádný znak nemůže nikdy zcela navést svého interpreta k místu na jeho vlastním panoramatu, kde by měl být umístěn zkopírovaný zlomek od někoho jiného, který obsahuje tentýž znak: a důvod je zřejmý. Znak rozšiřovatele nemůže ztělesňovat nic jiného než malou část rozšiřovatelovy představy o jeho vlastním životě. Ve snaze umožnit interpretovi, aby pochopil, ke které části jeho života to má být připojeno, a aby pochopil problém, který před ním stojí, bude nutné představit část interpretova života. Ale rozšiřovatel nemá žádné jiné představy než své vlastní. Nežije žádný jiný život než svůj vlastní.*

*Nechme jej, aby se pokusil specifikovat místo na interpretově panoramatu, on se však může rozhlížet pouze po svém vlastním panoramatu, kde nemůže nalézt nic jiného než své vlastní představy. Na tomto panoramatu však nemá žádné potíže s nelézáním interpretova života, jinými slovy, své představy o něm, a mezi představami interpreta, to znamená mezi svými vlastními představami o představách interpreta nachází představu o té části interpretova panoramatu, o níž se domnívá, že by k ním měl být připojen tento zlomek, a to označuje ve svém znaku **jako interpretův zisk**. Druhý z nich musí projít obdobným klikatým procesem, aby našel místo ve svém vlastním životě, o kterém se mu zdá, že odpovídá jeho představě o rozšiřovatelově představě o jeho představě života, a na základě všech těchto změn míry vzniká bezprostřední nebezpečí chyby, kterou rozšiřovatel možná udělal, aby jednodušeji vyjádřil svoji vlastní představu. Stejným způsobem může rozšiřovatel zprostředkovat tuto představu interpretovi a umožnit mu tak, aby našel místo ve svém vlastním životě, které má na mysli.*

Aplikujme Peircův koncept tohoto vzájemného procesu výměny, který postupuje kupředu pouze po malých krůčcích, na komunikaci mezi pacientem a lékařem: Pacienty můžeme informovat precizně, individuálně a podpůrně, tedy **přesně s ohledem na sladování** pouze tehdy, pokud se nám podaří přenést se do jejich „panoramatu“, do jejich subjektivních „představ“ i „teorií“ a chápat jejich funkci.

## Příběh pacienta

Jiná pacientka s leukémií mě při konzultaci požádala, abych jí pomohl posílit její imunitní systém pomocí „imaginačních cviků dle *Simontna*“.

Pokoušel jsem se ji informovat o chybějící vědeckých podkladech tohoto postupu i o vlastních kritických poznámkách samotného *Simontna*. Pacientka však trvala na svém přání. Její požadavek mě iritoval; nabídl jsem jí ale, že bychom mohli využít imaginační postup k tomu, abychom lépe poznali její představy o nemoci a mohli je tak vyjasnit. Výsledek tohoto pokusu byl pro mne překvapivý.

V její subjektivní představě byly veškeré buňky v jejím těle napadeny rakovinou, byly maligně „znetvořeny“; neexistovaly žádné zdravé, ani obranyschopné buňky. Pacientka nebyla sto si představit zápas mezi „zdravými“ buňkami imunitního systému a „buňkami rakoviny“.

Teprve ve chvíli, kdy jsem přistoupil na formu spolupráce, kterou navrhla pacientka, se nám podařilo pochopit funkci tohoto ikonického konceptu nemoci pro vznik a uchování strachu i zoufalství a postupně jej modifikovat.

Z hlediska sémiotické rétoriky může dojít ke sblížení mezi perspektivou mluvčího a perspektivou posluchače, tedy ke **společnému „panoramatu skutečnosti“ pouze na základě konvergence „intencionálního“** interpretanta mluvčího a **„efektivního“** interpretanta posluchače. Zdaří-li se takovýto proces přiblížení, může vzniknout **společný „komunikační interpretant“**.

*„Existuje intencionální interpretant, který je determinací mysli rozšiřovatele; efektivní interpretant, který je determinací mysli interpreta; a **komunikační interpretant**, nebo řekněme společný interpretant, který je determinací té mysli, do které musí být mysl rozšiřovatele i mysl interpreta přetaveny, aby mohlo dojít ke komunikaci. Tuto mysl můžeme označit jako **společný základ**. Sestává ze všeho, co je a musí být dobře chápáno mezi rozšiřovatelem a interpretem na samém počátku proto, aby mohl znak, o kterém je řeč, splnit svoji funkci...Nemůže být označen žádný objekt, **dokud není uveden** do souvislosti s objektem **společného základu**.“*

Nebo vyjádřeno krátce a odvážně: *Dvě mysli spolu mohou komunikovat pouze tehdy, pokud se z nich stane mysl jedna.*

Martin Buber (1962) cituje v „Prvcích mezilidského“ z „Dopisů neznámého“ Alexandra von Villerse (s. 298): Wiesenhaus, 27. prosince 1877. Věřím v existenci **mezičlověka**. Já to nejsem, ale ty také ne, a přesto mezi námi vzniká někdo, kdo se pro mě jmenuje Ty a pro kterého jsem já ten druhý. A tak má každý svého mezičlověka se vzájemným zdvojeným jménem a z celé té stovky mezilidí, na nichž se každý z nás podílí padesáti procenty, se žádný nepodobá jinému. On ale myslí, cítí, a mluví, to je mezičlověk a jemu patří myšlenky; to nás osvobozuje.“ „Wiesenhaus, 28. února 1879. Tak, nyní se dostáváme **k trychtýři**. To je promluva a odpověď, živý předmět, tření, možná vnitřní část plození. Mám totiž určitou představu o té věci, nikoli o ní samotné, ale o věci, která se týká mě a tebe. Abychom měli nějaké jméno, nějaké ucho, za které je to možné chytit, označuji to jako mezičlověka. Mezičlověk je jistá představa o někom jiném, která je vlastní a která náleží pouze dvěma určitým lidem. B mezi A a C v jejich středu. Ve vztahu A k DEF se tento mezičlověk nikdy nevyskytuje, ačkoli je stále týmž A. Patří pouze do vztahu A až C.

V trochu jiné terminologii popisuje americký filozof Davidson, jak mluvčí a posluchač v takovémto pracovním společenství transformují své aktuální „výchozí teorie“ do postupně přibližujících se „přechodových teorií“ a jsou schopni přiblížit tyto přechodové teorie v rámci vzájemného interpretačního procesu až k asymptotickému souladu.

Samoreferenční systémy však mají také tendenci k vlastní stabilitě. Jednou dosažené přiblížení způsobů pohledu na věc, „představ“ nebo „teorií“ zůstává labilní a musí být znovu a znovu obnovováno. Každý z komunikačních partnerů se tak musí u druhého stále s velkou trpělivostí zpětně ujišťovat a provádět korekce.

Na závěr chceme zdůraznit, že k dorozumění přispívají nejenom symbolické znakové procesy. Také Peirce poukazuje na to, že komunikační výměna je více než pouhá výměna slov a že různé sémiotické prostředky působí v multi-modálním svazku.

*„Po běžné konverzaci, tedy po báječně perfektním způsobu fungování znaků, člověk ví, jaká informace nebo představa byla zprostředkována, ale nebude schopen ani v nejmenším říci, kterými slovy k tomuto zprostředkování došlo. Často si bude myslet, že informace nebo představa byla zprostředkována slovy, ale ve skutečnosti se tak stalo tónem, určitým výrazem ve tváři...Čistá představa bez metafory nebo jiného rozhodujícího obalu je jako cibule bez slupky.“*

Nebo-li:

*„Tón nebo gesto jsou zpravidla ta část, která rozhoduje o tom, co bude řečeno.“*

## RECENZE

### Mavis Kleinová: **Objav sám seba**

PERSONA (SR), 2006, 157 s. ISBN: 80-967980-6-5. Z anglického originálu Discover Your Real Self (1983) preložil Matúš Dobšovič (2003).

Pokiaľ ešte viete čítať po slovensky, tak nezaváhejte! Mavis Klein je britská transakčne analytická psychoterapeutka a astroložka, jej (snad) prvá kniha navázala v jistom smysle na slavnú Berneovu publikáciu GAMES THE PEOPLE PLAY a jej názov znel: LIVES THE PEOPLE LIVE. V osmdesiatych rokoch som sa s ňou seznámil čistou náhodou a preniesol som jej metódy do svojej psychoterapeutickej práce, najprv v manželskej poradni (PhDr. Bohumila Baštecká, tenkrát Bohunka Tichá, mi potvrdí, že to fungovalo), neskôr tiež v klasickej psychiatrickej ambulancii.

Také vo svojich ďalších publikáciách rozvinula autorka teóriu miniskriptov (teda automatického naprogramovaného jednania, jež je vo väčšine k neprospěchu člověka, který je provozuje a vyhláší za „normální“). Přeskočím-li transakční analýzu, mohu odpovědně prohlásit, že kniha je do jisté míry přímým pokračováním Freudovy Psychopatologie všedního dne.

Každý jsme dostali do vínku několik „rodinných pravd“, nespílitelné příkazy: BUĎ DOKONALÝ, SILNÝ, VSTRÍCNÝ, SNAŽ SE, POSPĚŠ SI! a ty se vepsaly do našich duší silněji než desatero a jejich porušení vnímáme s pocitmi viny, zatímco jejich splnění vede k osobním i meziosobním krachům.

Knížka je velice poučná pro profesionály a je natolik čtivá (v intencích transakční analýzy = srozumitelná osmiletému dítěti), že ji může číst laik chtivý poučení, proč se mu život nedaří. Já sám jsem sice Melanii Kleinovou vykradl ve svých populárních publikacích, které touto cestou nechci inzerovat, ale originál je originál! Těch 160.- Kč plus poštovné za to rozhodně stojí.

MUDr. Radkin Honzák, CSc

Kontakt na distributora knihy v Čechách a na Moravě: [blanka.cepicka@sena-praha.cz](mailto:blanka.cepicka@sena-praha.cz)

# NABÍDKY

## Denní stacionář pro klienty s neurotickými a psychosomatickými poruchami

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovolujeme si Vám opět nabídnout program intenzivní psychoterapie v **denním stacionáři**, který je určen pro klienty s neurotickými, psychosomatickými, lehčími osobnostními a vztahovými potížemi.

Program proběhne v termínu **3. července – 4. srpna 2006**, bude tedy trvat **5 týdnů** a probíhá denně **od 9.00 do 14.00 hod.** Terapeutická práce zahrnuje verbální postupy zaměřené na získání vhledu do motivačního pozadí potíží klienta a je orientována rovněž na práci s tělesnými symptomy, která je podstatná pro terapii se somatizujícími a psychosomatickými klienty.

Vlastní terapeutický program je tvořen dynamicky orientovanými skupinami pro 7 – 10 klientů. Na tělo orientované postupy zahrnují fyzioterapii, postupy práce s tělesným napětím formou relaxačních technik a dále arte-terapeutické a neverbální postupy.

Před vstupem do terapie proběhne vstupní vyšetření psychiatrem (pokud bude nutné) a 1 – 2 individuální setkání s terapeuty denního stacionáře.

**Kontaktovat** nás můžete na tel. čísle 233 081 231 (recepce), příp. přes e-mail: [dennistacionar@psychosomatika.cz](mailto:dennistacionar@psychosomatika.cz). Zároveň Vás prosíme o zaslání stručné anamnézy a shrnutí současného klinického stavu. Součástí léčby je informace doporučujícímu zdravotnickému pracovníku o průběhu a zakončení terapie. Doporučení k léčbě, resp. pracovní neschopenku může vystavit i náš psychiatr.

Nabízený terapeutický program bude v plné výši hrazen zdravotními pojišťovkami.

### **Terapeutický tým:**

Mgr. Radovan Hrubý, psycholog s psychoterapeutickým výcvikem

Mgr. Milan Stibůrek, arteterapeut

Mgr. Pavla Ezechelová, psycholožka s psychoterapeutickým výcvikem

**Odborný garant:** Doc.MUDr.Jiří Šimek

S pozdravem

Mgr. Radovan Hrubý, vedoucí denního stacionáře

V Praze 19.4.2006

## Psychoterapeutické programy v Havlíčkově Brodě

V Havlíčkově Brodě dne 20. 6. 2006

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o třech **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím "školním" roce 2006/2007:

Uzavřený program „N“	Od	do
	18.9. 2006	27.10.2006
	13.11.2006	22.12.2006
	8.1.2007	16.2.2007
	6.3.2007	13.5.2007
	9.5.2007	15.6.2007
Uzavřený program „D“	25.9.2006	3.11.2006
	12.3.2007	20.4.2007
	14.5.2007	22.6.2007
Uzavřený program „eSko“	30.10.2006	8.12.2006
	15.1.2007	23.2.2007
	19.3.2007	27.4.2007

**1) Uzavřený program "N":** Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie a psychosyntézy. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozcvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. S tímto programem máme zkušenosti od r.1993.

**Kontaktní osoba (terapeut):** prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: [psuchomel@plhb.cz](mailto:psuchomel@plhb.cz) tel.569478282, ev.569478281

**2) Uzavřený program "D":** Program je určen pro pacienty s převažujícími potížemi **depresivního charakteru**. Podmínkou pro zařazení je taková míra obtíží, která neznemožňuje interpersonální komunikaci ve skupině. Program kombinuje prvky humanistické psychoterapie s introspektivními metodami a nácvikem

dovednějších strategií zvládnání problematických situací. Součástí programu je- kromě skupinových sezení- také arteterapie, muzikoterapie, nácvik asertivity, jóga a cvičení v bazénu.

**Kontaktní osoba:** MUDr. Milan Drozd, psychiatr odd.12 Tel. 569478386 nebo email: [mdrozd@plhb.cz](mailto:mdrozd@plhb.cz)

**3) Uzavřený program "eSko":** *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, především s úzkostnou a depresivní symptomatikou, dále pacienti s potížemi v interpersonální komunikaci. Psychoterapie je zaměřena na aktuální obtíže v životě. Vlastní skupina o maximálním počtu osmi členů se schází 4 krát týdně, je vedena psychologem a lékařem, program je obohacen asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, masáží, hathajógou a cvičením v bazénu.*

**Kontaktní osoba:** Mgr. Tomáš Chalupa, psycholog odd.12 tel. 569478 389, email:[tchalupa@plhb.cz](mailto:tchalupa@plhb.cz)

Ve všech programech jsou **kontraindikovány mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci**, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty se **závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.**

Pacienti z bližšího okolí mohou do programů *docházet i ambulantně*. Ostatní jsou během programu *hospitalizováni*. Oddělení 12 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 14 dní. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami a autogenním tréninkem.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď *telefonicky* na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou *stručného parere* s uvedením adresy pobytu pacienta, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR bez ohledu na spádové území !**

**Další informace pro Vás i pacienty na internetu: [www.plhb.cz](http://www.plhb.cz)**

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB

**UPOZORNĚNÍ:** Vzhledem k nepřijatelným podmínkám, které nám klade Zdravotní pojišťovna min.vnitřní č. 211, poskytujeme jejich pojištěncům pouze akutní péči, což uvedené programy nejsou. Pokud by někdo z pojištěnců těchto pojišťoven chtěl být do skupiny zařazen, nezbyde mu nic jiného než pojišťovnu změnit.

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu ([WWW.SKTLIB.CZ](http://WWW.SKTLIB.CZ)) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: 116, 85, 86, 115 / 114, 87, 88, 113/ 112, 89, 90, 111/ 110, 91, 92, 109/ 108, 93, 94, 107/ 106, 95, 96, 105/ 104, 97, 98, 103/ 102, 99,100, 101/ toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na [MENCLOVA@SKTLIB.CZ](mailto:MENCLOVA@SKTLIB.CZ), bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tištěného čísla je 50 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případně předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.**

**TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ  
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som  
Bulletin zájemců o  
psychosomatickou  
problematiku  
v medicíně

Tiskne PPI Liberec  
Jáchymovská 385  
Liberec 10, 46010