

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

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

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník

I/2007

ISSN 1214-6102

1.2.2007

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

1

Obsah

Editorial	3
<i>Vladislav Chvála: Psychosomatika a křesťané?</i>	3
Z pošty	4
Akce, kurzy, semináře	5
<i>POZVÁNKA NA PRVNÍ SETKÁNÍ ZÁJEMCŮ O PSYCHOSOMATICKÉ SDRUŽENÍ</i>	5
<i>PROGRAM KURZU Č. 222006: ÚVOD DO PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATIKY</i>	6
<i>ÚVOD DO PROCESOVĚ ORIENTOVANÉ PRÁCE</i>	6
<i>DVOUDENNÍ SEMINÁŘ: RODINNÉ MAPY</i>	7
<i>POZVÁNKA NA KONFERENCI V ČESKÉM RÁJI</i>	7
Praxe	10
<i>Jan Poněšický: Balintovské skupiny a teorie terapeutické změny. Část III.</i>	10
Z pracovišť	13
<i>Ivan Vondřich: Týmová spolupráce</i>	13
Z konference	17
<i>Jan Roubal: Deprese – diagnóza vztahu</i>	17
Teorie	21
<i>Otmar W. Schonecke, Jörg M. Herrmann: Psychofyziologie, část III</i>	21
Eseje	26
<i>Marek Macák: Tělové metafory</i>	26
Seznam autorů ročníku 2006	30

Sbor recenzentů

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.

Redakční rada

MUDr.Radkin Honzák, CSc.
MUDr.PhDr.Jan Poněšický, PhD.
Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc.
Doc.MUDr.Jiří Beran, CSc.

Redakce

MUDr.Vladislav Chvála
PhDr.Ludmila Trapková
Mgr.Petr Moos
Mgr.Jan Knop

Adresa

SKT Liberec
Jáchymovská 385
46010 Liberec 10
tel.:485151398
e-mail: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

Vladislav Chvála: Psychosomatika a křesťané?



Autor je lékař, sexuolog a rodinný terapeut. Vedoucí týmu Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Psychosomatice se věnuje od začátku 80. let minulého století.

V převážně ateistické společnosti České republiky a navíc v řadách zdravotníků se může zdát marné vracet se ke křesťanským ideálům. Jaké překvapení nás však čekalo, když nás brněnští pořadatelé vyzvali k účasti v programu již 4. konference na téma Zdravotník- křesťan v dnešní nemocnici. 500 účastníků z řad zdravotníků zaplnilo o jednom lednovém víkendu prostory Besedního domu, aby si vyslechli přednášky vzdálené běžnému duchu panujícímu v našich nemocnicích a ordinacích, na seminářích a konferencích. Jeden z hlavních přednášejících, německý pastor a autor řady publikací s tématem nemoc a víra P.Dr. Michael Marsch, OP, se ujal tématu „Uzdravení skrze vědu- nebo skrze víru?“. Nepochybně vzdělaný člověk, s širokým přehledem o stavu medicíny, katolické církve i společnosti, hodně čerpal z knihy jiného, u nás těžko přijímaného autora, Jamese Le Fanu (*Vzestup a pád moderní medicíny*). Některé autority naší vědecké obce knihu Jamese Le Fanu rovnou zpochybnily (viz např. <http://www.vesmir.cz/clanek.php3?CID=2367>), především jeho pesimistické tvrzení, že cestou z krize je rezignace na další „významný pokrok“ a návrat k osobnímu vztahu mezi lékařem a pacientem. Naproti tomu Marsch souhlasí, že nejen moderní medicína je v krizi, ale padni komu padni - psychosomatická medicína na tom není o nic lépe. Ani ta, podle něho, nepřinesla v německém zdravotnictví slibovaná očekávání, totiž úlevu od chronických – snad tedy psychosomatických nemocí. To mě moc zaujalo. Nebudujeme si tady v nedostatku a nevědomosti vzdušné zámky, když chceme zvýšit prestiž psychosomatické (behaviorální, celostní, bio-psycho-sociální, psychoterapeutické, holistické nebo jak chcete) medicíny? Poukazy na fakt, že „i v Německu opouštějí ideu psychosomatiky“ jsem slyšel od zastánců čistě biologické kauzality nemoci už víckrát, ale tentokrát poprvé od člověka ze zcela opačného myšlenkového tábora. Je třeba říci, že stav německé a naší medicíny ve schopnosti erudovaně se zabývat psychosomatickými aspekty nemoci je naprosto nesrovnatelný. Kdo kdy navštívil některou z velkých klinik třeba celostátní sítě Mediantlinik, ví, že psychosomatika není v Německu žádnou Popelkou, soustředěnou do tří či pěti malých ambulantních zařízení nebo stacionářů jako v České republice. Je to solidní segment oficiální

medicíny zakusující se s chutí do společného koláče. Nezbyvá nám, posluchačům, než věřit dr.Marschovi, že ani investice do rozvoje psychoterapeuticky orientované medicíny v rozsahu, v jakém to německé zdravotnictví udělalo, nevedlo k uspokojivým výsledkům a je možné, že i psychosomatika zažije „zeštíhlení“, které musí nutně postihnout zdravotnický systém celý, nemá-li zcela zruinovat silnou německou ekonomiku. Dělat úsporná opatření tohoto druhu v našich poměrech, bylo by podobné spíše potratu dosud nenarozeného dítěte než odtučňovací kůře Otesánka. Možná bychom ale měli německou situaci více poznat, aby se nám jednou nestalo totéž, kdyby někdy došlo na silný rozvoj psychosomatiky také u nás. Jak se vyhnout tomu, aby byla v některých aspektech tato léčba až příliš podobná té biologické? Aby se tam jen místo léků, speciálních vyšetření a operací neprodávala slova, nebo psychoterapeutické metody a hodiny, celostní procedury, přírodní substráty s příslibem komplexního uzdravení v krásném balení a v honosných zařízeních. Možná ta naše chudoba k něčemu je dobrá. Nevím jak u vás, ale u nás mám dojem, že nic jiného než rozhovor s pacientem stejně k dispozici nemáme. Ono to stačí, ale je to velká dřina.

Ale chci se ještě krátce vrátit k Marschově přednášce, kterou možná získáme pro Psych@Som celou, v jiné věci. V souhlase s názvem přednášky i se zaměřením autora je křesťanský postoj ke zdraví a k nemoci jasný: je to nedostatek víry, nedostatek specifické křesťanské víry, kterou nejsem kompetentní rozebírat. Všechny ostatní, biologické, psychologické nebo sociální aspekty jsou podružné. Určitě to zjednodušuji, ale chvílemi jsem si připadal jako na kongresu biologických psychiatrů, kteří všechno lidské neštěstí, celou tu bohatost lidských osudů jsou schopni svést na biologické chování nějakého mediátoru v mozku. Ne že by v tom taky nehrál důležitou roli, ale věřící by asi řekl „s pomocí Boží“. To mi je sympatické, a kdybych nechoval k „tomu, jehož jméno nemá být nikdy vysloveno“ posvátnou úctu, řekl bych, „pokud to Systém dovolí“. A pod Systém bych zahrnul jak biologickou, tak psychologickou a sociální realitu. Možná nám lékařům v nejběžnější praxi už chybí ta posvátná úcta k celku, k předkům, k základním věcem člověka, když jsme zavaleni tou nejvšednější prací v našich ordinacích. Mnozí si stěžujeme na přílišné papírování, administrování, forenzní alibizmus, příliš mnoho povinností stavící se mezi nás a pacienta. Ale jak to říkal sv.Pavel? ... „lásky kdybych neměl...?“

V Liberci 1.2.2007

Z POŠTY

Vážení a milí,

děkuji za další Psychosom, jeho tvorbu i posílání. Přeji Vám (i nám odběratelům) do nového roku, aby Vás vydávání i nadále bavilo. Pochybuji, že by v časopise mohlo fungovat to "postmoderní samoorganizování", o němž byla řeč v minulém čísle. Nad přirovnáním k technopárty jsem se ze srdce zasmála.

Ještě mi v hlavě vězí jedna vzpomínka z konference. Všimla jsem si, že se tam užíval pojem "psychosomatik" jak pro označení pacienta, tak pro terapeuta. Nevím, zda to má nějaký hlubší význam, jen se tím bavím. Tak tedy hezké Vánoce všem psychosomatikům!

Zina Hánová

@

Milá paní sekretářko,

děkuji a přeji harmonické vánoční svátky a p.f.2007 všem milým známým z Liberce a celé redakční radě Psych@Somu. Úvodní článek je velmi zdařilý! S přátelským pozdravem

Růžena Pánková

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

POZVÁNKA NA PRVNÍ SETKÁNÍ ZÁJEMCŮ O PSYCHOSOMATICKÉ SDRUŽENÍ

Datum: 9. února 2007, od 17:00 až do ca. 21:00

Místo: POZOR ZMĚNA:

kvůli většímu počtu předběžných zájemců se místo konání přesunulo o zhruba 150 m do sálu restaurace s názvem „a proč ne...“ na adrese **Hládkov 6, Praha 6 (Tel: 233 350 898)**. Nachází se přesně na rohu ulic Hládkov a Na Hubálce (restaurace nemá na budově nápis, jako navigace slouží pouze světelná reklama na Plzeňský Prazdroj).

Body a předběžná struktura setkání:

- ✓ obecná diskuse na dané téma psychosomatického sdružení
- ✓ ca. půlhodinová přestávka na občerstvení (sponzora nemáme!)
- ✓ sestavení přípravného výboru sdružení
- ✓ projednání/diskuse k jednotlivým konkrétním bodům týkajících se založení občanského sdružení (viz příloha)

Doprava: metrem na stanici „Hradčanská“ (linka A) a pak tramvají č.15 nebo 25 až na stanici „Hládkov“ (třetí stanice od metra). Tam vystoupíte a pokračujete asi 60 m ve směru jízdy po pravém chodníku, první větší ulicí doprava a až uvidíte „Plzeňský Prazdroj“ jste na místě.

Ondřej Masner

Pavel Roubal

PROGRAM KURZU Č. 222006: ÚVOD DO PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATIKY

Praha 4, Hotel ILF, Budějovická 15, 23. 2. – 24. 2. 2007

pátek 23. 2.

- 9 – 10.00 PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.: Psychologická diagnostika u chronických bolestivých stavů.
- 10 – 11.00 PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.: Psychosomatická medicína, integrace a efekt KBT v léčbě chronické bolesti zad.
- 11 – 12.00 MUDr. Alena Čechová: Dvojí tvář medicíny
- 13 – 15.00 PhDr. Olga Bejstová: Balintovská skupina

sobota 24. 2.

- 9 – 11.00 MUDr. Zdenka Brožková: Psychosomatika v geriatrici
- 11 – 13.00 RNDr. Petr Bob, Ph.D.: Traumatický stres a jeho psychosomatické projevy
- 13.30 – 15.00 PhDr. Olga Bejstová: Balintovská skupina

ÚVOD DO PROCESOVĚ ORIENTO VANÉ PRÁCE

Vážení priatelia,

Vzdelavaci institut procesorientovanej psychologie (www.processwork.sk) si Vas dovoluje pozvat na seminar s nazvom ÚVOD DO PROCESOVĚ ORIENTO VANÉ PRÁCE, ktorý sa bude konať 24. – 25. února/februára 2007 v PRAZE. Lektor a lektorky: Mgr. Ing. Jana Kašáková, Mgr. Brigita Trimajová, a Mgr. Boris Sopko. Náplň semináře: Seznámení se základními koncepty snového těla, komunikačních kanálů, primárního a sekundárního procesu a jejich využití v psychoterapii. Praktická práce se smyslově zakotvenými

informacemi (vizuální, auditivní, pohybový, proprioceptivní mód). Podrobné informace na: <http://www.processwork.sk/akcieaseminare/uvodfeb2007.htm>
Preposlite prosim pozvanku pripadnym dalsim potencialnym zaujemcom, dakujeme.

DVOUDENNÍ SEMINÁŘ: RODINNÉ MAPY

Vážení přátelé,

posílám Vám pozvánku na vzdělávací víkend pro studenty a pomáhající profese, který se uskuteční ve dnech 23.-24.3. v Domě duševního zdraví v Ostravě - Porubě. Tématem budou rodinné mapy. Dvoudenní seminář organizuje Institut Virginie Satirové ČR (www.satirova.cz) a lektory budou Mgr. Petr Štěpaník a Mgr. Magda Krolová. Další podrobnosti včetně přihlášky získáte na níže uvedeném odkazu.

Zdraví Alexej Beránek, DDZ

<http://www.satirova.cz/?text=27>

POZVÁNKA NA KONFERENCI V ČESKÉM RÁJI

CELOSTNÍ POHLED NA PACIENTA (DIAGNOSTIKA A TERAPIE)

která se bude konat pod záštitou České lékařské akupunkturistické společnosti ČLS JEP ve dnech 20. – 22. dubna 2007 v Sedmihorkách.

Předběžný program :

Pátek 20. dubna 2007

12,00 – prezentace účastníků konference

12,50 – slavnostní zahájení odborné konference

13,00 – odborný program

MUDr. Miriam Kabelková :

Co mě naučila kineziologie v homeopatii 35´

MUDr. David Frej :

Ajurvedická medicína – cesta k rovnováze a dlouhověkosti 60´

MUDr. Vladimír Vogeltanz :

Etikoterapie – léčba morálními silami 60´

16,30 – odborný program

MUDr. Věra Dolejšová, MUDr. Jana Wankatová :

Jsou psychotická onemocnění řešitelná celostní medicínou ? 45´

MUDr. Pavel Prokeš :

Testování implantátů metodou EAV 20´

MUDr. Miroslav Holub :

Výběr potravin pomocí metody EAV 30´

18,30 - ukončení odborného programu

19,30 – společenský večer – slavnostní raut

kulturní program – *Just Now !* – sdružení jazzových

hudebníků zahraje k poslechu (i tanci), zpívá Míša Páchová

Sobota 21. dubna 2007

09,00 – odborný program

MUDr. Milada Barešová :

Klimax a problémy kolem něj 60´

MUDr. Václav Vydra :

Příjem informací světlem 30´

MUDr. Ladislav Fildán :

Léčba recidivujících a chronických gynekologických zánětů
s využitím metod nekonvenční medicíny 30´

MUDr. Ing. Petr Fiala :

Akupunktura v proměnách času 30´

MUDr. Anna Loskotová – Novotná :

Lymfatický systém, akupunktura a myofasciální manuální
lymfodrenáž 30´

12,30 – společný oběd

14,00 – odborný program

MUDr. Vladimíra Strnadelová, Jan Zerzán :

Vliv nestrávených bílkovin na vznik nemoci 30´

PhDr. Petr Kolísko :

Koncentračně meditační techniky a jejich vliv na cílené
funkční změny stavu autonomního nervového systému 30´

16,00 – odborný program

Doc.MUDr. Dobroslava Jandová, Ing. Otakar Morávek :

Nové pohledy na známé diagnózy 30´

MUDr. Svatava Zatloukalová :

Využití potravinových doplňků v léčení civilizačních
onemocnění 30´

MUDr. Marta Honzíková :

Novinky v enzymoterapii 20´

18,30 – ukončení odborného programu konference

19,30 – společná večeře

20,00 – sportovní večer – bowling

Neděle 22. dubna 2007

09,00 – tradiční cvičení jógy s PhDr. Petrem Kolískem

10,00 – individuální konzultace

12,00 – oběd a ukončení konference

Diskuze k jednotlivým přednáškám a sdělením ihned po ukončení v délce maximálně do 10 minut.

Akce bude zařazena do systému celoživotního vzdělávání lékařů, garantovaná ČLK.

V průběhu konference proběhne prezentace sponzorujících firem BOIRON, WANK a MUCOS Pharma CZ.

MUDr.Miroslav Holub

MUDr.Ladislav Fildán

organizační výbor

předseda ČLAS

přihlášku odešlete nejpozději do 28.února 2007 mailem na adresu :
mirhol@netair.cz nebo mirhol@iol.cz

Možno využít i poštu : MUDr.Miroslav Holub, Rehabilitační centrum, U potoka 76,
513 01 – SEMILY. Bližší informace na www.mirhol.cz

PRAXE

Jan Poněšický: Balintovské skupiny a teorie terapeutické změny. Část III.



MUDr. PhDr. Jan Poněšický pracuje vedle své psychoterapeutické práce na psychosomatické klinice v Německu také jako vedoucí balintovských skupin. Dnes přinášíme další díl jeho seriálu.

BOLESTI ŠÍJE A HLAVY PO LEHKÉM HWS TRAUMATU

Mladá KBT terapeutka představuje třiačtyřicetiletou pacientku, jež byla přijata na psychosomatickou kliniku teprve před 2 týdny, poněvadž tuší, že s ní bude mít během šestitýdenní léčby velké problémy. A to jednak proto, že jí je ona pacientka nesympatická, vše na ní je neadekvátní a nepřírozené, a jednak proto, že nejeví dostatečnou ochotu se zabývat spojitostmi mezi její životní situací a její tělesnou symptomatikou. Od Balintovské skupiny očekává nové impulsy.

Neadekvátní je i její oblečení ve stylu teenagera s extrémně krátkou minisukní a zdůrazněním její atraktivity, její způsob konverzace podobající se přednášce se zrakem upřeným mimo terapeutku, bez jakékoli tendence navázat spolum lidský vztah. Neadekvátní jsou i mnohé obsahy sdělovaného, např. že si chce podat žádost o důchod, že pobírá jež půl roku podporu v nezaměstnanosti a přitom je dále činná ve svém oboru jako poradkyně pro začínající podnikatele, že po poměrně krátké známosti se svým novým přítelem uvažuje o novém dítěti, ač její dceři je okolo 20 let a syn, nalézající se v pubertě, a nutně jí potřebující, bydlí s ní.

Již zde se jeden účastník skupiny neovládl a prohodil, že je pacientka naprostým opakem přirozeně se chovající i oblékající terapeutky.

Tato referovala dále, že její pacientka utrpěla před dvěma lety autonehodu, někdo do ní najel zezadu, což mělo za následek ústřel, resp. bolesti krční páteře, tj. šíjového svalstva a hlavy. Chodila s tím k lékaři, sama si organizovala i jiné, různé fyzioterapeutické léčebné procedury, avšak nic nepomáhalo, resp. si navykla na prášky proti bolesti, a těch se chce zbavit, neboť jí její gynekoložka řekla, že jí nevyndá spirálu do té doby, dokud je nezredukuje, neboť by to mohlo mít negativní vliv na těhotenství. Před rokem prodělala již jednu hospitalizaci na psychosomatickém oddělení (v nedaleké, KBT orientované klinice), což jí nepomohlo. Sice se tam mnohé dověděla, vše

absolvovala, skupinová terapie jí nemůže pomoci, neboť ona sama o sobě vše již ví, leda tam může sama pomoci ostatním. Přála by si co nejrychlejší vyléčení, ač je k psychoterapii nedůvěřivá. Kromě toho je nervosní z toho, že se musí její čtrnáctiletý syn sám starat doma o sebe, již při první hospitalizaci před rokem se mu tím zhoršil prospěch ve škole – a její přítel bydlí zatím ještě v jiném městě (terapeutka zde zapochybovala, zda s ní chce opravdu přítel bydlet a mít s ní dítě).

Ukázalo se, že terapeutce mnohé informace chybí, nedovedla odpovědět . tj. nezeptala se na to, proč se rozpadlo její prvé manželství, jak vypadá intimní vztah s jejím přítelem, zda chce opravdu do invalidního důchodu, zda jsou její bolesti tak velké, že sama neredukuje množství analgetik, či co si myslí sama o možné psychogenitě svých obtíží.

Fantasie účastníků diskuse se rozbíhaly dvojitým směrem. Na jedné straně hovořili o její fasádě, nepřírozenosti a absenci skutečného “já”, na což reagovali pocity lhostejnosti či odmítání. Na druhé straně se zvedl protest proti ironickému a znevažujícímu líčení pacientky terapeutkou, mnozí kolegové cítili soucit a představovali si předpubertální holčičku, jež musí být pilná a splňovat očekávání okolí. Všichni měli pocit, že nedochází k setkání, není nalezena, a možná ani hledána společná rovina dorozumění, nedochází ani ke konfliktu, neboť se interakce prostě míjejí.

Zeptal jsem se, zdali se mezi nimi opravdu nic společného nevytváří. Po spontánním “ne” od terapeutky došla skupina k tomu, že to společné je jakási dohoda o tom se nekonfrontovat, zachovávat distanci na úkor emoční blízkosti, tedy také nehovořit o osobních záležitostech pacientky či o vyvíjejícím se vztahu mezi ní a terapeutkou. Tato začala nahlas uvažovat o tom, do jaké míry se nechává pacientkou manipulovat a zároveň i svádět k reagování na její povrchní, odtažitou část její osobnosti. Když se někdo zeptal, zdali jí je alespoň něco na ní sympatické, odvětila, že je to její překvapivě dobrý vztah ke spolu-pacientům. Na její otázku, co má dělat s její nejistotou ohledně změny postoje k pacientce jsem odpověděl, že to musí přijít samo, pakliže opravdu začne vnímat i onu druhou stránku její osobnosti.

Na toto téma se rozběhla závěrečná diskuse s otázkou, kterou jsem delegoval zpět na skupinu, jak s tím vším souvisí její bolesti a jak postupovat v psychoterapii. Nadhodil jsem pouze shrnující větu, že pakliže se jedná u pacientky o kompenzační chování, pak budou mít i její bolesti pravděpodobně kompenzační funkci. Šlo tedy o to, co ony bolesti zástupně vyjadřují. Po chvíli ticha řekl někdo: psychickou bolest, utrpení. Zřejmě je u této pacientky snesitelnější fyzická bolest nežli duševní utrpení. Co by to mohlo být ? Dodal jsem: Co by to mohlo být pouze na základě situace setkání s pacientkou a prožitku s ní “zde a nyní”? Smutek z neustálého nošení oné fasády, z částečného pohřbení vlastní spontánní osobnosti; kolegové si představovali, že se snaží být i při intimním styku perfektní, a že vzrušení při něm tak perfektně a přesvědčivě hraje, že je o něm i ona sama přesvědčena.

Zeptal jsem se, co jí asi brání v tom být přirozená, kromě toho, že by se objevil tento smutek. Většina účastníků diskuse se shodla na neúnosném pocitu studu za to, že by nevypadala perfektně, že by se v průběhu pokusů a to být přirozená setkala s opovržením, se ztrátou úcty a sebehodnocení, se zesměšněním. Na tomto místě zareagovala jedna kolegyně, obracejíc se k terapeutce, spontánně tím, že ono zesměšnění se již ve vztahu od terapeutky koná, a že to samozřejmě pacientka nějak i vnímá, a tím méně je ochotná se vystavit možnosti ještě většího odmítnutí. Terapeutka tuto zpětnou vazbu přijala a začalo jí být jasno, proč se nemůže s pacientkou setkat a od čeho to odvisí. Tj. že záleží na tom, zda se bude schopna přiblížit oné potlačené části její osobnosti, tomu s čím si je pacientka nejistá a co proto raději odmítá: její přirozenosti, jejímu autentickému "já". To si ona pacientka přeje i se toho zároveň bojí a v hloubi duše cítí, totiž že nepřesvědčuje a neovlivňuje své okolí silou své osobnosti, přirozenými emocemi, a proto tím více potřebuje a stupňuje svou symptomovou výrazovost.

Na závěr cítila terapeutka uvolnění a jasno v hlavě s opětovou motivací se pacientkou důkladněji zabývat a nenechat se ovlivňovat jejím kompenzačním chováním.

Z PRACOVÍŠŤ

Ivan Vondřich: Týmová spolupráce

Podle přednášky na kolokviu absolventů výcviku RT psychosomatických poruch v Liberci 5.6 2004



MUDr. Ivan Vondřich, obor léčba bolesti. Původně práce v oboru ARO, I a II atestace v tomto oboru, funkční specializace v oboru léčba bolesti, čtyřletý výcvik v rodinné terapii v Liberci. Zaměření na léčbu akupunkturou a homeopatií. Pracuji v nestátním zdravotnickém zařízení PAIN s.r.o. Praha.

1. TÝM ODBORNÍKŮ SLOŽENÝ Z PŘÍSLUŠNÍKŮ RŮZNÝCH OBORŮ

a) léčba bolesti

Pracuji jako lékař v oboru léčby bolesti. Tento obor je poměrně mladý a při jeho koncipování byl kladen velký důraz na to, že se jedná o obor multidisciplinární. Tím se myslí, že na řešení obtíží jednoho pacienta se bude podílet více odborníků. Tato myšlenka je v zásadě dobrá, protože bere na zřetel skutečnost, že na problém pacienta se lze podívat z více stran, z více úrovní. V praxi jsem však zjistil, že tato původně dobrá myšlenka má i svoje slabé stránky.

Nejslabším místem je, že v praxi dochází k tomu, že různí odborníci léčí problém po svém, bez toho, že by léčba těchto specialistů měla nějakou návaznost. Každý z těchto odborníků popíše krátce anamnézu, svoje specifické vyšetření a navrhne léčbu. Tak vznikají koleje, které běží rovnoběžně a nikde se nestřetnou. Já si myslím, že by se střetnout měly. Chybí člověk, který by různé pohledy sjednotil, byl schopen v danou chvíli si z předkládaných terapeutických možností vybrat nebo je zkombinovat. Chybí člověk, který by měl odpovědnost a současně možnost po zvážení názorů ostatních jasně říci: „Toto bude další postup“. Chybí prostě kapitán na lodi terapie. A tak jsem dospěl k názoru, že multidisciplinární péče je daná tím, jak široce je lékař vzdělaný, co všechno je schopen obsáhnout, kolik oborů lékař, který pacienta léčí ovládá, či alespoň rámcově zná natolik, aby věděl, čím může být určitý obor pacientovi prospěšný.

U mě to zpočátku vedlo k tomu, že jsem chtěl umět všechno, o čem jsem si myslel, že s léčbou bolesti souvisí. Chtěl jsem umět rehabilitaci, chiropraxi, astrologii, akupunkturu, homeopatii, Bachovy květy, mít solidní znalosti z farmakoterapie, začlenit do léčby blokády nervů, plexů či epidurální, subarachnoidální blokády, znát dobře neurofyziologii bolesti, sledovat vědecké

objevy v oboru léčby bolesti, znát ajurvědu, tarot, I ting, rodinnou terapii, hypnózu, grafologii, typologii, psychoterapii zaměřenou na tělo, energoinformační medicínu, poznat změněné stavy vědomí, zvládnout vědomosti o léčivých rostlinách, léčbě vodou, hippoterapii a podobně. Poměrně brzy jsem zjistil, že všechno zvládnout nemůžu. Že si musím vybrat, co se chci naučit pořádně a co poznám do té míry, abych byl schopen posoudit, zda daný způsob léčby je pro konkrétního člověka v dané chvíli prospěšný a do jaké míry. To ostatní musím nechat ležet v knihovně, protože už nemám dost sil nebo času se tím zabývat.

Kromě velmi široce vzdělaného lékaře, který léčení povede a bude za něj zodpovědný, je třeba vybrat tým spolupracovníků. Lékaři, psychologové či jiní odborníci vybraní do týmu musí být nejen na velmi dobré úrovni ve svém oboru, ale musí mít též vlastnosti, které týmovou spolupráci umožní. Lékaři či spolupracovníci z jiných oborů musí být tolerantní, musí v sobě překonat paradigma descartesovského pohledu, ze kterého klasická medicína vychází, aby byli schopni skloubit své znalosti se znalostmi lidí, kteří nahlíží na věci z úplně jiného pohledu. Dále musí mít opravdový zájem na hlubokém zlepšení stavu pacienta, protože jinak jim přijde zbytečné plýtvat časem vzhledem k časové náročnosti týmové spolupráce. Týmová spolupráce předpokládá kromě běžné činnosti pomáhajícího další hodiny společných sezení s jinými odborníky, diskusí nad různými náhledy na problémy pacienta a možnostmi léčení. Týmová spolupráce je též ekonomicky náročná. Čím více členů tým má, tím je jeho činnost ekonomicky náročnější. Většinou ani finanční ocenění členů týmu nebývá vysoké a komplikuje již tak obtížný výběr členů do týmu.

Jednoduše řečeno, je třeba dát dohromady skupinu fandů, které baví zkoušet nové neortodoxní cesty v léčbě, kteří mají hluboký, lidský vztah k pacientům, kterým nevadí, že z této činnosti nezbohatnou a kteří mají nekonfliktní a otevřenou povahu.

b) praktický lékař

Při bližším pohledu se ukazuje, že výhodnost týmové spolupráce není nijak objektivní a nové poznání a v podstatě již socialistické zdravotnictví stálo ve svém základě na týmové spolupráci. Obvodní či závodní lékař, pokud léčba vyžadovala znalosti nad rámec jeho zkušeností a možností, se obracel na odborníky jiných oborů o konzultaci. S jistou nadsázkou se dá hovořit o multidisciplinární péči i zde, i když není tak zřetelně a jasně deklarovaná jako v léčbě bolesti. Praxe však ukázala, že o spolupráci se dalo hovořit jen výjimečně a o zásadách takové spolupráce již vůbec ne. Dnešní zdravotnictví v podstatě žádnou koncepci nemá, na socialistickou koncepci jsou naroubovaná naprosto chaoticky různá opatření, nařízení a zvyklosti. Nicméně systém je v podstatě stejný, lékař se pouze nejmenuje obvodní, ale praktický.

c) konzultace odborníků jiných odborností v rámci lůžkových zařízení

I v nemocnicích se dá hovořit o týmové spolupráci lékařů. Existuje systém vyžádaných konzultací odborníka jiného oboru, pokud je jí v rámci léčby třeba. I zde většinou nedochází k přímé konzultaci ošetřujícího lékaře a konzultujícího odborníka. Ten většinou pacienta vyšetří, napíše o tom zápis, ve kterém zhodnotí svůj klinický nález, navrhne potřebná další vyšetření a léčbu. Spíše neformálně a vlastně nad rámec svých povinností někteří lékaři osobně kontaktují konzultujícího a v diskusi si vyjasní některé problémy. Výjimkou je asi lůžkové oddělení ARO, kde je ošetřující lékař vždy přítomen vyšetření konzultujícího a snaží se o to, aby konzultace byla pokud možno co nejvíce prakticky použitelná. Na lůžkovém oddělení ARO, kde jsem před lety pracoval, jsme se snažili i o vytvoření stálého týmu spolupracovníků různých oborů, kteří pak měli větší přehled o problematice svého oboru v rámci intenzivní péče.

Určitá specifika má spolupráce v rámci operačních oborů. I zde je vytvořen tým, který tvoří chirurg, anesteziolog a instrumentářka vždy. Do týmu však patří i rentgenolog, internista, který dělá předoperační vyšetření, hematolog, patolog, mikrobiolog a mnozí jiní. V moderní době se zvyšující se úrovní techniky vzniká i větší nárok na technické zabezpečení operací a do týmu přibývá technik.

d) lékař a psycholog

Moje zkušenost s týmovou spoluprací při léčbě bolesti však není úplně přenosná na týmovou spolupráci v psychoterapii. Během výcviku jsme všichni měli možnost sledovat při práci našich lektorů. Já jejich spolupráci, asi jako většina účastníků výcviku, obdivuji.

Chtěl bych však zde upozornit i na některá úskalí spolupráce, protože se mě zdá, že hodně účastníků výcviku považuje za samozřejmé, že spolupráce mužského a ženského terapeuta přináší pokaždé tak skvělé výsledky, jak to vidíme u našich učitelů. I já si myslím, že v určitých případech je spolupráce muže a ženy v psychoterapii nenahraditelná. Předpokládá to však, že oba terapeuti stejně přemýšlí, znají reakce toho druhého, mohou se na ně spolehnout, mají společný jazyk, respektují pohled druhého pohlaví při udržení a přiměřeném prosazení svého vlastního pohledu, mají podobné teoretické zázemí. Najít si takového partnera pro terapii je velmi vzácné. Vzácné je to myslím i proto, že nárok na společný čas a společné cítění je tak veliký, že je možné tomuto nároku dostát jen za cenu vytvoření vazeb, které mění dosavadní vztahové vazby terapeutů k okolí či rodině. Častěji se ale nepodaří takový pár vytvořit a pak se do léčby míchají nejen naše osobní problémy, které nám neumožňují zahlédnout některé věci v terapii správně, ale navíc se situace komplikuje vztahovými problémy v páru. Dokáží si představit, jak se jeden terapeut cítí nedoceněný, jak může cítit zlost sám na sebe, že se nechal zahrát silnějším partnerem, jak dynamika vztahových problémů

v psychoterapeutickém páru může začít dominovat nad společným zájmem na zlepšení pacienta.

I přes výše zmíněné problémy je pro mě osobně spolupráce s ženou psycholožkou velmi přitažlivá. Pokud se totiž podaří vyrovnat se s výše zmíněnými problémy, jsou možnosti této týmové spolupráce kvalitativně odlišné od práce samotného terapeuta. Proto se i já začínám pokoušet o spolupráci, i když alespoň zpočátku těžiště naší spolupráce bude ve společném uvažování nad pacientem, kterého budeme mít každý zvlášť v terapii. Výhodou takovéto spolupráce je již zmíněný pohled z perspektivy mužského a ženského světa. Osobně se mě z mé zkušenosti zdají též výhodné, pokud si psychoterapeut a lékař uchovají stejný základní pohled na problematiku, jejich rozdílné specializace.

V terapii homeopatiky či akupunkturou lze někdy dospět do bodu, kdy pacient nahlédne některé svoje hluboké psychické problémy. Samostatně pracující homeopat nechá procesu přirozený průběh, či se sám snaží o někdy více a někdy méně kompetentní psychoterapeutickou podporu. Mě se při spolupráci osvědčilo, když v této fázi je k dispozici psychoterapeut, který je daleko fundovaněji schopen pomoci pacientovi problém zpracovat, přežvýkat a zaintegrovat.

Opačně se osvědčilo, když během psychoterapie začne pacient somatizovat. Somatizace je myslím dobrou známkou zlepšení psychické úrovně, ale zvládnout tuto fázi bez zpětného potlačení na psychickou úroveň nebývá úplně snadné. Většina klasických terapeutických metod, hlavně farmakologických, totiž k tomuto zpětnému potlačení na psychickou úroveň směřuje. Somatizace mohou mít a často také mají dramatický či závažný průběh, který většinou vede k odeslání na kliniku či vyhledání klasického lékaře. I přesvědčený psychoterapeut a motivovaný pacient jsou zvyklí a jejich důvěra ve správnost jejich postupu a porozumění věci je otřesená. Měl jsem možnost v těchto případech několikrát působit místo klasického lékaře a myslím, že se mě podařilo nepokazit práci psychoterapeuta. Nebo jen málo.

Složení týmu lékař + psycholog je výhodné i pro pacienta. Během své krátké spolupráce s psycholožkou jsem měl možnost pozorovat, že sám pacient si rozdělí, s čím se chce obracet na jednoho či druhého. Dává to více možností z hlediska terapie a větší variabilitu a volnost v možnostech přístupu k pacientovi.

Závěr

Zjednodušeně je možno říci, že z teoretického hlediska je týmová spolupráce jednoznačně výhodnější než práce jediného pomáhajícího. Prakticky uvést do života fungující týmovou spolupráci je obtížné a náročné z hlediska časového, ekonomického a hlavně personálního. Pokud se povede tým vytvořit, může dosahovat opravdu kvalitativně lepších výsledků než samostatně pracující. Je však třeba si uvědomit, že

dosažení fungující spolupráce je poměrně vzácné a pokud se nepovede fungující spolupráci vytvořit, je lepší pracovat samostatně, protože důsledky nepovedené spolupráce jsou většinou zhoubnější než důsledky odděleně vedených nepovedených terapií.

Z KONFERENCE

Jan Roubal: Deprese – diagnóza vztahu

Přednáška na konferenci psychosomatické medicíny – Emoce a nemoc, Liberec 21-23/9/2006

svá



MUDr. Jan Roubal pracuje jako psychiatr a psychoterapeut – tato dvě povolání chápe jako polaritu. Zajímá ho zejména uplatnění přístupu Gestalt terapie v klinické praxi. Na jedné straně diagnostikování a obecná terapeutická doporučení a na druhé straně vztahové pojetí terapie založené na prožitku teď a tady. S ohledem na prospěch klienta i integritu terapeuta - je možné

tato hlediska kombinovat nebo si musíme vybrat?

Tato přednáška se zabývá především diagnostikou. Na příkladu deprese ukazuje různé možnosti chápání diagnózy, pokouší se nasvítit diagnózu z různých úhlů. Diagnóza nejen jako popis stavu, ve kterém se pozorovaný objekt nachází, ale také jako charakteristika toho, co je mezi klientem a jeho blízkými, mezi klientem a terapeutem - tedy jako charakteristika vztahu.

Diagnóza jako pohled z rozhledny na krajinu stavu, ve kterém se klient nachází. A také diagnóza jako společná procházka dynamikou vztahu.

Tradiční medicínský přístup zkoumá pacienta jako porouchanou věc a považuje depresi a její příznaky za nemoc, za poruchu, kterou je třeba opravit. Podle psychiatrické diagnostiky trpí depresivní člověk smutnou náladou, poklesem energie a aktivity, sníženou schopností radovat se, horší koncentrací a zvýšenou únavností. Dále je vypracován seznam kritérií, podle kterých se určuje závažnost deprese. V terapii se snažíme tyto parametry

vrátit zpět do „normy“. Tento přístup tedy pozoruje z odlehle pozorovatelný stav pacienta kritickým okem jako krajinu, kterou je třeba zkultivovat.

Diagnostikování nemusíme omezit jen na psychiatrické kategorie, ale pojímat je širěji jako snahu zachytit a pojmenovat psychické a psychosomatické fenomény. Sem pak patří velké množství teorií deprese, které pocházejí z různých psychotherapeutických škol. Různými způsoby popisují fenomén bludného kruhu, ze kterého depresivní člověk nedokáže uniknout.

Psychodynamická terapie pracuje například s bludným kruhem deprese v souvislosti s nasměrováním agrese či se závislostí na druhých. Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na bludný kruh související s negativním stylem uvažování, depresogenním přesvědčením a depresivním chováním. Interpersonální psychotherapie zase zachází s bludným kruhem omezených sociálních dovedností a narušené komunikace v interakcích s druhými. Systemická terapie pracuje s bludným kruhem celého systému rodiny pacienta, ve které dochází k osamocení a nepochopení depresivního jedince a k udržování rolí pečovatel/pacient.

Nebudu zde podrobně tyto teorie rozvádět, společné je jim to, že se zabývají širším kontextem depresivních symptomů.

Existuje i alternativní psychiatrický pohled na depresi, který si sice udržuje odstup a nadhled, ale nepatologizuje tak samozřejmě jako diagnostické manuály. Tato konference se zabývá emocemi a nemocemi. Je možné ukázat, že emoce související s depresí nemusí být nutně nemocné. Z tohoto pohledu není deprese automaticky jen poruchou, ale spíše fenoménem, který se odehrává ve vztazích.

Každý emocionální stav ovlivní fungování celého organismu a určitým způsobem reguluje interakci mezi organismem a prostředím. Dá se říct, že emoce „přepne“ organismus na aktuálně výhodný režim.

“Základní funkcí emoce je vytvořit takový specifický stav organismu, který mu umožní efektivně zvládnout situaci.” (1) Takto se můžeme podívat i na depresi.

Funkční emocionální stav, který velmi připomíná depresi, je možné nazvat „smutnou náladou“. (1) Nejde zde jen o změnu nálady, ale o celkové přeladění organismu na „šetřící režim“, dochází k omezení aktivit, úbytku energie, omezení intenzity prožívání. Jedná se o příznaky totožné se symptomy deprese, nejde však o patologickou poruchu, ale o adaptivní mechanismus, můžeme mluvit o „tvořivém depresivním přizpůsobení“. Jedná se vlastně o stádium před vytvořením bludného kruhu deprese.

Optimismus většinou pomáhá vypořádat se s obtížnými situacemi. Existují však i situace, které se optimistickým přístupem jen zhoršují. V určitých situacích je pro organismus v kontaktu s okolím nejvýhodnější depresivní způsob kontaktu. Depresivní přizpůsobení je jeden ze způsobů zvládnání životních situací, kdy člověk nemůže naplnit své potřeby, efektivní akce není možná. To se může stát například při ztrátě zaměstnání nebo partnera.

V takovém případě vede depresivní přizpůsobení ke snížení snahy v nepříznivé situaci a k úniku z neřešitelné situace.

Jeden extrémně pracovitý, ambiciózní úředník stoupal celá léta vytrvale do vyšších a vyšších funkcí. Pak se ale jeho postup na nějakou dobu zastavil a on všemi silami pracoval na dalším povýšení. Velmi toužil po vedoucí pozici, nakonec však na ni nebyl vybrán. Tento člověk se poté objevil v ambulanci ve značně depresivním stavu - unavený, nevykonný, bez zájmu o věci kolem i o svou kariéru.

Jeho organismus tedy neztrácí energii usilováním o návrat, který není možný. Stahuje se do smutku a do samoty. Organismus si bere time-out, zvažuje změněnou situaci a rozhoduje se o alternativních strategiích.

Podobně je to v případě potratu. Žena po potratu se nesnaží ihned optimisticky o další těhotenství, ale je smutná až depresivní, nemá zájem o sex. Organismus ještě není připraven na další těhotenství a smutná nálada pomáhá vzít si oddechový čas.

Depresivní přizpůsobení úsporně reguluje osobní investice a zabraňuje aktivitě tam, kde by přišla nazmar. Depresivní přizpůsobení pomáhá vzdát se neproduktivního úsilí.

Depresivní přizpůsobení má význam nejen pro jednotlivce, ale i pro společnost. Sociálně biologický pohled ukazuje společenskou funkci depresivního syndromu jako adaptivního mechanismu. (2) Vychází z etologické teorie, podle které je agrese integrální součástí emocionální výbavy zvířat. (3) V husté populaci se však agrese může stát destruktivní a proto existují mechanismy, jak odvrátit její nebezpečné následky. Jedním z takových mechanismů je společenské uspořádání hierarchie dominance. Prožitek každého člena společenství se řídí čtyřmi základními typy reakcí:

- ✓ zlostí vůči nadřizeným
- ✓ odrážděností vůči podřizeným
- ✓ pocity slasti při vzestupu v sociální žebříčku

1. pocity smutku, deprese při sestupu v sociálním žebříčku

K sestupu v sociální hierarchii dochází při zranění, nemoci, ve stáří, při ztrátě blízké osoby. V takových chvílích se u člověka objevují příznaky blízké depresivnímu syndromu.

Zdálo by se, že smutný člověk je sám odsouzen k neúspěchu a není ani přínosem pro společenství. Přesto se takový způsob vztahování vyskytuje často a uchovává se během historie lidského rodu. Je tedy zřejmě nějakým způsobem výhodný.

Jaká je funkce depresivního přizpůsobení? Jaké selekční tlaky pomohly tento způsob interakce s okolím udržet během evoluce?

Smutná nálada poskytuje ochranu jednotlivci i užitek celému společenství. Když jedinec ztratí zájem o svůj další osud, nebojuje o něj a není zraněn či zabit. Navíc pokud dobrovolně uvolní svoji sociální pozici, šetří i svému společenství energii, která je nutná pro boj o každou příčku v sociální hierarchii. (13) Kdyby se úředník, který byl zmiňován výše, navzdory neúspěšnému konkurzu vytrvale snažil dosáhnout povýšení, komunikace s ním by od jeho kolegů v úřadu vyžadoval množství zbytečně vynaložené energie. Svoji depresí šetřil energii celému svému úřadu. Depresivní způsob přizpůsobení byl v tu chvíli výhodný jak pro něj osobně, tak pro jeho okolí.

Můžeme tedy shrnout, že depresivní přizpůsobení slouží jako mechanismus pro zvládnání nepříznivých situací. Inhibuje nebezpečnou a zbytečnou akce ve chvíli, kdy organismus nemá dostatek vnitřních zdrojů či postrádá realizovatelnou životní strategii. Šetří energii v situacích, které vedou k nedosažitelnému cíli. A také šetří energii celému společenství. Tyto hlavní výhody uchovaly depresivní přizpůsobení během evoluce jako výhodný adaptivní mechanismus.

Emoce, které se v souvislosti s depresí objevují, nemusí být tedy nutně nemocné. Depresivní symptomatika nemusí nutně znamenat patologii, pokud se na ni podíváme z hlediska vztahového kontextu. Záleží pak na individuálním příběhu klienta, jak moc je jeho stav deprese ještě funkční adaptací a kdy se jedná naproti tomu o rigidní, nefunkční zafixování tohoto mechanismu. Pak jde již o začarovaný, bludný kruh deprese, který neslouží k adaptaci, ale organismus dále oslabuje.

Literatura:

1/ NESSE, R. M. Is Depression an Adaptation?. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 57, 2000, p. 14-20.

2/ PRICE J., The dominance hierarchy and the evolution of mental illness. *Lancet II*, 1967, 7502: 243-246

3/ LORENZ K., *Takzvané zlo*. Praha: Academia, 2003

TEORIE

Otmar W. Schonecke, Jörg M. Herrmann: Psychofyziologie, část III

Překlad ukázky z 10.kapitoly z monografie Thure von Uexküllla Psychosomatische medizine, str. 175-207, Urban& Fischer, 6. vydání, München, Jena, 2003 pro [Psych@Som](#) Mgr.Lubor Špís

3.4 Strach

Jeden pravděpodobně z nejčastěji zkoumaných emocionálních fenoménů v oblasti psychofyziologie je fenomén strachu. To má jistě mnoho důvodů, strach je základním pocitem existence organismů, jeho prožívání obsahuje zpravidla vnímání tělesného vzrušení. V klinické oblasti je strachu přiznáván ústřední význam coby podstatné podmínky psychických poruch. Mnoho z přístupů, o nichž bylo doposud pojednáváno, implikují výrazným způsobem koncepci fenoménu strachu (jako emoce s negativní valencí následující po ohrožení), jenž může nabývat extrémní intenzity, a pak je označován jako panika. Podstatná část kognitivních emočních modelů se vztahuje na proces zacházení s ohrožením, to znamená se situacemi, které minimálně potenciálně indukují strach, přičemž strach nepředstavuje jedinou možnost reakce na ohrožení. Strach je rovněž emocií, o níž je možné nejvěrohodněji prohlásit, že narušuje odehrávající se chování. Je-li strach možnou odpovědí na ohrožení, pak závisí na odhadu možností a pravděpodobně také na skutečných možnostech, jak s ohrožením nakládat, to znamená na kompetenci konkrétní osoby. Možná je to jeden z důvodů pro skutečnost, že strach či emocionální reagování – i když v různých kulturách různě výrazné – je často potlačováno. *Ekman* (1971) tak zjistil, že Japonci a Američané při sledování stresujících filmů mimicky vyjadřují své emocionální spolu-reagování. V případě, že však byla v místnosti přítomna nějaká cizí osoba, činily tak japonské pokusné osoby výrazně méně.

Strach je v psychologii pojímán ze dvou hledisek: jednak jako psychický proces vyrovnávání se s ohrožením, jednak ale také ve smyslu znaku habituálního způsobu vyrovnávání se s ohrožením, na jehož základě můžeme rozlišovat různé osoby, totiž na základě znaku „sklon k úzkostlivosti“, „anxiozita“ či „vyladěnost na strach“ (*Trait Anxiety*). Obě hlediska hrají v psychofyziologii určitou roli, strach jako psychofyzické dění a anxiozita jako znak rozlišující psychofyziologie.

3.4.1 Strach jako psychofyzický proces

Strach je reakcí organismů na ohrožení či nebezpečí, které je nejprve odhadováno jako nepřekonatelné. Dojde k všeobecné sympaticky zprostředkované stimulaci (aktivaci) s nárůstem srdeční frekvence, krevního tlaku, zvýšení vodivosti pokožky na základě zvýšené reakce pocení, zvýšení

svalového napětí a k inhibici motorických reakcí, nárůstů dechové frekvence až k hyper-ventilaci (Suess a kol. 1980). Změna těchto parametrů skýtá také možnost rozpoznat strach u pacientů. Zrychlené dýchání, vlhké dlaně při stisku rukou, které se mohou za určitých okolností také třást, změněný vyšší a možná také lehce ochraptělý hlas a vyrážející pot na čele, který není možné vysvětlit teplotou okolí, vypovídají o přítomnosti strachu. Je možné rovněž pozorovat určitou ztuhlost na základě zvýšeného svalového napětí a sníženou pozornost s ohledem na okolí (méně pohybů očí).

Dále dochází k vylučování katecholaminů, přičemž nárůst koncentrace adrenalinu oproti koncentraci noradrenalinu ve srovnání se stavy vysoké agresivity u strachu převažuje (Funkenstein 1955, Frankenhaeuser a Rissler 1970). Zdá se, že tyto rozdíly závisí na tom, zda konkrétní osoba může podněty tohoto druhu zvládnout. Při tom pak dochází spíše k nárůstu koncentrace noradrenalinu. Netter (1987) zjistil, že u zdravých pokusných osob a u hypertoniků koreluje míra prožívané averzivity s koncentrací noradrenalinu v krvi, a tak hodnotí koncentraci noradrenalinu jako indikátor pro překonání. Přes nálezy tohoto druhu se doposud nepodařilo přesvědčivě definovat specifický fyziologický či endokrinní reakční vzorec pro úzkostlivé reakce.

Při velkém vzrušení, tedy také v případě strachu, se proměňuje popř. omezuje pozornost. Kognitivní výkony jsou proto v situacích s vysokým strachem redukovány (např. účinek velkého strachu při zkouškách). Při tom hraje určitou roli míra ustaranosti ohledně výkonu, který má být podán, protože část kapacity sloužící ke zpracovávání informací je obsazena myšlenkami na výkon a tak není k dispozici pro řešení zadaných úloh. Role „ustaraných myšlenek“ (Worries) v rámci poruch strachu byla častěji zkoumána. Tak mohli Jones a Davey (1990) ukázat, že vymazání podmíněné úzkostlivé reakce myšlenkami na nepodmíněný podnět strachu během vlastního působení podmíněného stimulu strachu bylo výrazným způsobem zpožděno. Lovibond a Rapee (1993) mohli ukázat, že osoby se zvýšeným sklonem k úzkostlivosti mají častěji ustarané myšlenky s ohledem na negativní sociální, ale také tělesné události, avšak osoby se zvýšenou depresivitou mají častěji ustarané myšlenky pouze s ohledem na negativní sociální události.

3.4.2 Vyladěnost na strach

Individua mohou být rozlišována s ohledem na jejich připravenost a míru, jíž reagují úzkostlivě (např. na ohrožení). To znamená, že určitá osoba v určité situaci, která se jiné osobě jeví jako mírně ohrožující či zcela neohrožující, může již reagovat strachem. Osoby můžeme rozlišovat pomocí dotazníků, to znamená, že mohou poskytovat informace o míře své úzkostlivosti verbálně. Přitom se předpokládá, že tento znak „sklon ke strachu“, „vyladěnost na strach“ či „úzkostlivost“ je z hlediska času relativně neproměnlivý, tedy že se nemění rychle. Nyní vyvstává otázka ohledně souvislosti tohoto znaku s jinými psychologicky či psycho-fyziologicky zachytitelnými znaky.

Existuje mnoho přístupů, které se snaží vytvořit z vyladěnosti na strach coby psychologického znaku koncept. *Eysenck* (1957) se ve svých předpokladech k dimenzím osobnosti opírá o rozlišování mezi kortikálním *arousalem* a autonomní či vegetativní aktivací. Podle jeho pojetí charakterizuje osoby s velkou emocionální labilitou vysoká míra vegetativní aktivity, zatímco vysoká míra kortikálního *arousalu* charakterizuje osoby s vysokou introverzí. Osoby s vysokou mírou vyladěnosti na strach jsou dle tohoto modelu charakterizovány vysokou mírou emocionální lability a introverze. Jak již bylo rovněž zmíněno, pootočil *Gray* (1972) tyto faktory o 45 stupňů, z čehož vplynuly nové faktory „impulzivita“ (extroverně emocionální labilita) a „strach“ (introvertně emocionální labilita). Osoby definované v *Eysenckově* systému (1957) jako „vyladěné na strach“ se tedy vyznačují vysokým kortikálním *arousalem*, jsou tedy snadněji podměnitelní a mají – při labilnější autonomní regulaci – rychlejší sklon k vegetativní aktivaci.

Osoby s poruchami strachu jsou aktivovány již velmi malými aktivujícími či zatěžujícími podněty, a to silněji než osoby z kontrolní skupiny; to odpovídá konceptu zvýšené vyladěnosti na strach. Na druhé straně je nutné v tomto kontextu poukázat na zpravidla velmi malou – pokud vůbec přítomnou – kovariaci mezi údaji zachycenými na úrovni dotazníků a psychologicky naměřenými údaji k emocionální labilitě (viz. výše). Pacienti s poruchami strachu vykazují zpravidla vyšší reaktivitu srdeční frekvence (např. *Sartory* a kol. 1992) a elektrodermální aktivity (např. *Smith* a *Levis* 1991). Přitom je intenzita fyziologické stimulace modulována mírou kontrolovatelnosti – např. podnětů indukujících strach (*Sartory* a *Daum* 1992).

3.4.3 Patologický strach

Prožívat strach v reálné ohrožující situaci je přiměřená reakce organismu na tuto situaci. Vedle tohoto tak zvaného „reálného strachu“ však dochází velmi často k tomu, že strach je prožíván v situacích, jež pro organismus neobsahují „reálně“ žádné ohrožení, tedy je možné je označit jako neškodné. Prožívají-li osoby strach tohoto druhu, pak mluvíme o výskytu poruchy strachu. Tyto druhy strachu se mohou zaměřovat na různé vnější objekty nebo situace (např. na zvířata, jejichž blízkosti se pak dotyčná osoba vyhýbá, či určité sociální situace). V těchto případech mluvíme o fobii. Ohrožení však může existovat také s ohledem na funkčnost např. srdce, tedy s ohledem na vlastní tělo. Pro tyto poruchy existuje celá řada označení; v této souvislosti je možné uvést pojmy „srdeční fobie“, „panická porucha“ či „funkční kardiovaskulární porucha“.

Byly učiněny různé, zčásti se doplňující pokusy, vysvětlit skutečnost, že strachy tohoto druhu existují i přesto, že postižené osoby neprodělaly prakticky nikdy žádnou nebezpečnou či averzivní zkušenost vycházející od obávaného objektu. Osoby s fobií z pavouků neprožily zpravidla žádnou újmu, která by vycházela od pavouka. Pro vysvětlení udržování nereálných strachů hraje jistou roli skutečnost, že vedle tělesné reakce a ovlivňování kognitivních

procesů dochází k intenzivní tendenci uniknout ohrožujícímu či strach vyvolávajícímu podnětu. Nejprve se přitom jedná o únikovou reakci, jež má za následek, že stimulace a s ní také negativní emoce ustoupí. Tímto procesem negativního zesilování se zesiluje také tendence vyhýbat se danému podnětu, čímž se dále posiluje vyhýbající se reakce.

Jako dvou-stupňová teorie vzniku strachu byl *Mowrerem* (1956) představen model, který v prvním stupni předpokládá klasické podmínění určitého neutrálního podnětu na podnět aversivní a ve druhém stupni pak výše popsané negativní zesílení. Organismus nemůže tímto způsobem prakticky učinit zkušenost, že podmíněný podnět je neškodný, jelikož se mu nevystaví. Jako model pro vysvětlení přetrvávajících, nereálných strachů není tento model jistě dostatečný, obsahuje však podstatné, pro každé vysvětlení nutné prvky. Téměř všechny terapeutické přístupy obsahují nějakým způsobem konfrontaci s podněty vyvolávajícími strach; zabraňují tedy vyhýbající se reakci (viz. kapitola 31 „Terapeutické postupy zaměřené kognitivně a na chování“).

Inkubační model vzniku strachu podle *Eysencka* (1968) se pokouší vysvětlit skutečnost, že úzkostlivé reakce se relativně rychle jakoby osamostatňují, a tedy nedochází k vymazání reakce i přes chybějící externí, negativní důsledky. Základní myšlenka v tomto modelu spočívá v tom, že fyziologické podíly podmíněné úzkostlivé reakce jsou v sobě prožívány silně averzivně. Tím nabývají podněty, které ji vyvolávají, vysoký negativní význam. Jedná se při tom tedy o strach ze strachu popř. ze stimulace strachu, tedy o okolnost, jež je obsažena v mnoha výpovědích pacientů. Tyto skutečnosti vysvětlují, proč pacienti, kteří jsou denně nuceni vystavovat se situaci indukující strach, např. jízdě ve výtahu či tramvaji, tento strach neztrácejí, ačkoli ve výtahu nedochází k ničemu averzivnímu, kromě toho že pociťují strach a dochází u nich k tělesným reakcím spojeným se strachem, kvůli kterým je situace opakovaně prožívána jako „nebezpečná“ – přinejmenším pro výskyt strachu. Terapeutickými metodami se proto snažíme o to, aby došlo k oddělení stimulujících konfrontací a tělesných úzkostlivých reakcí. V případě systematického znečitlivování se zabraňuje tomu, aby docházelo k tělesné reakci; při zahlcení podnětem se hodnotí pokles tělesné reakce. V obou případech prožívá pacient úzkostlivý podnět bez strachu. Jezdí-li někdo, přes výskyt strachu, denně výtahem, tak se situace indukující strach ukončí, zatímco strach je ještě přítomný. To znamená, že opuštění výtahu působí jako únik; tendence k úniku či k vyhýbání se je pak (negativně) posilována tím, že strach ustoupí teprve ve chvíli, kdy dojde k ukončení situace (tedy po opuštění výtahu). Pokud by se pacient zdržoval přibližně hodinu nepřetržitě ve výtahu, pak by strach pravděpodobně ustoupil ještě ve výtahu.

Seligmanovo pojetí (1971) označované jako „*Preparedness-Hypothese*“ (hypotéza *přípravenosti*) se snaží rovněž vysvětlit, proč se velmi rychle učíme úzkostlivým reakcím a proč jsou tyto reakce ve velké míře rezistentní vůči vymazání. Podle jeho pojetí se vztahují tyto znaky úzkostlivých reakcí pouze na ty reakce, které byly vyvolány určitými podněty. Právě u zvířecích fobií se zdá být hodnověrným předpoklad, že úzkostlivým reakcím na nebezpečné

podněty vyvolávaným jinými zvířaty připadá v evoluci určitá hodnota přežití, takže zvířecí fobie se na základě určitého druhu fylogenetické paměti realizují rychleji a je možné je také obtížněji vymazat; organismy jsou tedy připravené (*prepared*) reagovat tímto způsobem na podněty, které vycházejí od zvířat. V četných výzkumech byla tato hypotéza zkoumána z psychologicko-fyziologického hlediska a mohla být potvrzena především s ohledem na rezistenci vůči mazání, avšak méně s ohledem na rychlost akvizice (*McNally 1987*). V těchto výzkumech se postupuje obecně tak, že podněty, které jsou předmětem diskuse, se kontingentně vyvolávají – tedy podmiňují – averzivním podnětem (elektrickým šokem jako podnětem bolesti). Závislé proměnné jsou většinou změnami elektrodermální aktivity nebo srdeční frekvence. V druhé části výzkumu se pak zajišťují různé podmíněné podněty (např. hadi, pavouci, zbraně) bez averzivních podnětů (extinkce nebo vymazání) a rychlost vymazání se zachycuje poklesem fyziologických reakcí.

Johnsen a Hugdahl (1988) mohli ukázat, že existuje také vyšší odolnost vůči vymazání u kulturních i specificky lidských podnětů spojených s nebezpečím (obraz zbraně namířené na pozorovatele) coby podmíněných podnětů vedoucích k úzkostlivé reakci. Není tomu tak, je-li zbraň namířena ke straně. *Dimberg a Oehman (1983)* zjistili obdobnou souvislost pro emocionální výraz v lidském obličejí. Hněvivé (*angry*) obličej jako podmíněné podněty se odrážely ve vyšší odolnosti úzkostlivých reakcí vůči vymazání pouze tehdy, byly-li nasměrovány na pokusné osoby, tedy pokud se na ně dívaly. Autoři interpretovali tuto skutečnost rovněž ve fylogenetickém smyslu, protože od rozhněvaných osob vychází nebezpečí. Fobické obsahy vysvětlované pomocí modelu připravenosti (*preparedness-model*) se tedy vztahují na zvířecí a sociální fobie. Je to mu většinou tak, že osoby trpící fobií vědí, že ze zvířat či sociálních situací nevyplyvá žádné skutečné nebezpečí. Nedaří se jim však ovládnout strach ani přes vědomí této skutečnosti, což mluví pro to, že procesy vyvolávající strach se vymykají vědomé kontrole. Předpokládá se, že jsou za to zodpovědné archaické procesy zpracovávání informací, které z časového hlediska probíhají před vědomými procesy zpracovávání informací (*Soares a Oehman 1993*). Výskyt úzkostlivé reakce s tendencí k úniku a vyhýbání se vymyká vědomé kontrole.

V této souvislosti byla zkoumána především role různých neurotransmitních systémů a role dýchání. *Kleinovy* studie prováděné na pacientech, jejichž „návaly strachu“ nebylo možné překonávat pomocí benzodiazepinů, nýbrž pomocí antidepresiva imipramin, představovaly výchozí bod pro intenzivní zkoumání syndromu paniky (*Klein 1964*). Vedle rozdílné možnosti ovlivňování léky obou druhů návalů strachu byl u jednoho z nich nápadný jeho náhlý začátek, aniž by se zdálo, že tyto návaly strachu jsou vyvolávány podmínkami v okolí. Tyto záchvaty strachu pak byly označovány jako panické ataky. Další rozlišení vyplývalo ze symptomatiky panických záchvatů ve srovnání s jinými návaly strachu. U panických záchvatů stála v popředí obava z udušení a odpovídající poruchy dýchání. *Klein (1993)* předpokládá, že chemo-receptory, které měří hodnotu PaCO₂, reagují u části

pacientů s panickou poruchou citlivěji než u jiných osob, to znamená, že práh pro vyvolání „pocitu dušení se“ popř. pocitu „nedostává se mi dostatek vzduchu“ je nižší a tito pacienti reagují již při parciálním tlaku kyslíčnicku uhličitého, který tento pocit normálně nevyvolává. Následkem toho je pak hyperventilace (viz. kapitola „Funkční a somatoformní poruchy“), která vede k dalším vylíčeným symptomům.

Klein nad tento rámec předpokládá, že ke „strachu ze zadušení“ a tím k panické atace vedly nejenom výkyvy PaCO_2 u odpovídajících pacientů, nýbrž také jiné podněty, které signalizují zvýšení hodnot PaCO_2 . Pro možnost takového efektu mluví *Van Den Berghova* (1995) studie, v níž se zjistilo, že na podnět, který byl předtím podmíněn inhalací vzduchu obohaceného o CO_2 se reaguje zrychleným dýcháním a prožíváním tělesných symptomů. U neutrálních podnětů tomu tak nebylo. *Klein* (1993) tak poukazuje na to, že pacienti s klaustrofobií mají sklon k panickým atakám také v uzavřených prostorách, což ukazuje překrývání mezi oběma klinickými obrazy nemocí.

ESEJE

Marek Macák: Tělové metafory

Práce v rámci výcviku rodinné terapie psychosomatických poruch v Liberci“



Autorovi je 26 let, v současnosti je studentem 5.ročníku psychologie na FFUK, frekventantem výcviku rodinné terapie psychosomatických poruch v Liberci a daseinsanalýzy na institutu Epoché v Plzni. Je asistentem výuky psychologie a pastorače na Evangelikálním teologickém semináři v Praze. Pochází ze Slovenska, je svobodný, od r.2000 žije v Praze.

„Jeho vnitřnosti se pohnuly, vnitřnosti ničemu však neznají slitování; mé ledviny se radují; tvé oko nechce nic než zisk; kdejaké srdce úzkostí zahyne, kdejaká ruka zemdlí a koleno se rozplyne jako voda; mé kosti chřadnou touhou, srdce se rozpustilo a jindy s radostí poskakuje; Izrael se hrbí před svými nepřáteli, když se však obrátí k Bohu, bude pevně stát a jeho oči se budou dívat zpříma... (Bible, Stará smlouva).“ To je jen několik příkladů „biblické psychosomatiky“ charakteristické pro starohebrejskou literaturu.

Při přemýšlení nad tělovými metaforami je na místě sáhnout po hebrejském myšlení. Tento pohled na svět mě vždy mě fascinoval svojí konkrétností a přímo fenomenologickou výstižností a hloubkou popisu dění v člověku i mezi lidmi. Když hebrejský autor mluví o vztahu s druhým člověkem, velmi často mluví o tom, co dělá tělo. Neoperuje se tady příliš s abstraktními pojmy – člověk je tím to co dělá – nebo je tak jak věci dělá – a to lze vidět na těle nebo to v těle prožít. Hloubka (dnes bychom řekli duše) je zjevná. Nepatří do nějakého jiného světa – je tady. Hebrej nehledá duši kdesi uvnitř, kde by tělo bylo v kontaktu s nějakou res cogitans. I to nejhlubší místo v člověku, kde se odehrávají morální rozhodnutí je „srdce“ – myšlené konkrétně; místem hlubokého emočního pohnutí, odkud vycházejí touhy je pak lidské „ledví“. Hebrejské myšlení nezná duši oddělenou od těla. Tělo v tomto pojetí je duše. Duše má hlad. V Bibli najdeme vedle výroku o tom, že někoho duše toužila nasytit se masem, také výrok o tom, že duše je ubita. Žádná ostrá hranice mezi „duševním“ a „tělesným“.

Dnes má běžný člověk sklon chápat tyto a podobné výroky jako „pouhé metafory“ nebo předpokládat, že staří viděli věci příliš primitivně a pověřivě. Možná. A možná ne. Je zvláštní, jak významné místo si v současném myšlení metafora nalézá. Obrat k psychosomatice, kterého jsme svědky, obrat k metafoře a zpochybnění mechanistického a pozitivistického pohledu na svět, jsou spíš dvě strany téže mince. Claude Tresmontant, kterým jsem se nechal v úvodu inspirovat ukazuje, že konkrétnost hebrejského myšlení (a jemu podobné postoje ke skutečnosti) jde paradoxně často hlouběji než klasická exaktní věda se všemi svými abstrakcemi.

Už jste zjistili, že tato eseje půjde z hlavy. Doufám, že to s tou „odborností“ nepřeženu. Chtěl jsem aby to bylo více na tělo, ale jaksi jsem vůbec nemohl vyhmátnout. A tak jdu cestou, na které mě nohy nebolí – budu si trochu hrát s myšlenkami svými i s myšlenkami jiných. Možná se tak nakonec dopracuji i k něčemu z mého srdce.

To, čemu můžeme říkat třeba „myšlení povrchu“, v posledních několika desetiletích vyplouvá na hladinu celé řady disciplín. Viz. například pragmatickou analýzu mezilidských vztahů na základě interakcí a toho, co svými promluvami člověk dělá místo přehnaného pídění se po skrytém významu někdy povrchně deklarovaného záměru mluvčího. Ve výzkumu mozku (např. práce A. Damasia) je podobná tendence – myšlení je proces složitých interakcí neuronů. Myšlení (duše) se děje ve hmotě (a hmota je duše, jak by dodal Jung a možná někteří fenomenologové). Podle Aristotela je duše tvarem těla. A tak místo hledání vnitřních mechanismů dnes množství vědců hledá analogie (např. Bateson) – podobné tvary – ve kterých se artikulují souvislosti jiného (hlubšího, vyššího, konkrétnějšího?) než lineárně kauzálního rázu. Věda (u nás zatím jen trochu) je posedlá metaforou, a někteří filosofové tvrdí, že i když jí posedlá nebyla, byla to právě metafora, která stála za vším vědeckým postupem (v tomto smyslu má věda překvapivě blízko jiným příběhům – k pohádkám a náboženským narativům, kterých nespornou hodnotu si dnes s ostychem znovu připouštíme).

Ale zpátky k tělovým metaforám. Filosof Paul Ricoeur tvrdí, že metafora nám vládne. Je to zarážející prohlášení, které potřebuje vysvětlit a které se ukáže jako klíčové pro jednu z cest jak chápat metafory těla. Podle něj totiž jazyk, který denně používáme, stojí na metafoře. Všechno, co dnes řeknu a co chápu „doslovně“ je výsledkem procesu „metaforizace“. Dobře to ukazuje etymologie. Řeknu slovo metoda a ani nevím (i když teď už ano), že toto rádo by doslovné slovo označuje něco, co je nad cestou (ěíóá ‘d’ädň, meta hodos)“ – v tomto případě nad cestou k poznání. A hned jsem o trochu moudřejší. Použil jsem metaforu. Ricoeur by řekl metaforu mrtvou (dokud mi není osvětlen její původ, je to pro mě jenom obyčejné neobrazné slovo). Denně používáme nespočet takovýchto metafor a myslíme si, přitom, jak jsme přesní.

Nějak podobně je tomu, když sledujeme metafory klienta – mnohé z nich jsou pro klienta bezpečně zavedená slova, u kterých mu ani nedochází ne-samozřejmost jejich významu a použití. To může platit o celých myšlenkových a postojových komplexech. Například s jedním mým klientem už nějakou dobu povídáme o „méd’ovi“. Méd’ má v jeho životě podstatné místo a je předmětem, kolem kterého se kondenzuje řada významů. Znáám pak rodinu, ve které se hodně skloňuje slovo „dobrý“ a (podle toho jak je u nich zavedeno) znamená „inteligentní, vzdělaný a distingvovaný“ – přitom málokoho z nich napadne, že to není jediný možný způsob nakládání s tímto slovem a že vlastně neustále společně metaforizují (se všemi následky, které to na rodině zanechává).

To ale nebyly nejlepší příklady mrtvých metafor. Byly to metafory blízko „životu“ – protože s daným člověkem nebo rodinou žijí víc než by člověk na první pohled řekl. Mrtvé jsou pouze v tom smyslu, že jejich uživatelům jen málo dochází, že dané slovo nebo obraz má řadu významů, které se staly samozřejmými a tudíž jsou implicitně neustále přítomné.

Podle Ricoeura metaforizací přestupujeme hranici známého a otevíráme se neznámému. Tak například v psychoanalýze člověk poznává neznámé osoby do jisté míry na základě přenosu své zkušenosti s osobami, zná z minulosti. Proces přenosu je procesem metaforizace – poznávání neznámého na základě známého. Když řeknu, že někdo má „Italské manželství“, možná tím řeknu víc a vyjádřím se efektivněji než kdybych se snažil detailně popisovat co se v daném vztahu děje. A nejlíp to pochopí ten, kdo má s „Itálií“ zkušenost. Se svým klientem jsem strávili hodiny povídáním o tom jak se méd’ má a co dělá – dostali jsme se tak k radě prožitků, ke kterým se klient nebyl schopen dostat když jsem se jej přímo ptal co v některých situacích prožíval on sám. Mluvili jsme o jedné věci v pojmech věci jiné. Na podobném principu stojí některé techniky Ericksonovské hypnoterapie.

Co s tím však má do činění tělo? Na základě uvedeného principu se můžeme podívat jak se tělo dostává do našeho jazyka a obraznosti. O tom jsou hebrejské obraty, které jsem uvedl na začátku a o tom je asi i velká část psychosomatiky. Abstraktnější – ne přímo smyslově zakusitelné skutečnosti - se dostávají ke slovu často za pomoci představ o těle. Utlačovaný národ,

člověk, který je na něco zatížený nebo něco nedrží pevně v ruce, někdo další je přímý a dalším je na blití z toho co se kolem nich děje. Tyto metafory jakoby přibližovali – až na rovině somatické sugesce – jak někdo prožívá svoji situaci a svůj postoj k okolí. A možná je tomu tak – možná každý prožitek a každý vztah je na jiné rovině kotven somaticky (neurolog Damasio by možná souhlasil) a v tomto smyslu je psychosomatický. Cokoliv co pohne naší duší hýbe naším tělem, protože - pamatujme na Hebreje - tělo je duše, a pamatujme na Aristotela - duše je tvarem těla.

Z druhé strany tedy nejde nutně o přenesení významu. Jazyk je možná na skutečnost často citlivější než jsme si ochotni připustit. Tělo je vždy v akci, nelze najít Descarteovskou *res cogitans* v nějakém vzduchoprázdnu. I ten „nejcerebrálnější“ člověk, který je natolik abstraktní, že se někdy jeví (s nadsázkou), že by mohl vcelku dobře přežít i bez těla, se nějak těluje – nějak se ke svému tělu i ke světu staví, a je stejně „psychosomatický“ jako kdokoliv jiný. Tělu prostě neunikneme.

Také psychoanalýza často předpokládá, že dospělé prožívání je na hlubší rovině doprovázeno prožíváním tělesným. Tělo tedy neslouží pouze jako zdroj jazykových metafor. Samo o sobě je neverbální metaforou životních pozic člověka. To je dobře známo ze studia neverbálního chování, z bioenergetiky a z dalších disciplín. V takové „tělové metafoře“ se setkává žitá minulost, očekávaná budoucnost i přítomnění daného člověka. Duše-tělesně kotví neprosvětlenou stránku člověka a v tomto smyslu je tělo jedním z aspektů lidského nevědomí. Je známo, že tělo je metaforou člověka v ucelenější míře než jeho abstraktní verbální sebe prezentace.

Napadá mě v té souvislosti moje ranní vstávání. Souvisí na jedné straně s mým tělem a na druhé straně s mým celkovým postojem k životu. Když se probudím a mám v sobě nedořešený postoj k úkolům, které mě čekají – vnímám je jako nepříjemnou zátěž a pouhou otravu a nepříjemnost – jsem jako zbitý pes a protahuji vstávání jak to jde. Mám pak dokonce dojem, že moje tělo je slabé, že jsem možná nemocný, že mám přinejmenším slabou kondici a měl bych začít cvičit nebo brát nějaké vitamíny. Kupodivu, když se čestně a dospěle postavím ke svému životu a k úkolům, které jsem přijal (a nenechám se ráno přesvědčit že den nejde zvládnout), tělo reaguje zcela jinak. Až se proberu, jsem překvapivě rychle čilý, mám dojem, že mám víc energie než jindy a dokonce se často upřímně těším na řadu činnosti, kterými se jindy nechám převálcovat. Svět je najednou vnímán jako výzva – a tělo (tj. duše) jakoby bylo připravené této výzvě čelit. Jinou analogickou zkušeností je pro mě sport. Před nějakou dobou jsem po dlouhých letech začal trochu aktivněji sportovat a zjistil jsem, že to vůbec nebylo o tom, že na to fyzicky nemám (jak jsem se rád vymlouval). Moje nejasná představa o překonávání fyzické nepohody (nebo spíš o tom že bych ji u toho vůbec neměl pocítit) mě vedla k tomu, že jsem to vzdával příliš brzy a tak jsem v sobě posiloval představu o tom že na sport nemám. Když mi došlo, že věci se mají jinak, byl jsem překvapen (nebo spíš usvědčen - tušil jsem to). Můj celkový postoj

k okolnímu světu se po celá ta léta tělesnil v mém vztahu k fyzické zátěži. Tělo tak bylo – a zůstává - výstižnou „metaforou mojí duše“.

SEZNAM AUTORŮ ROČNÍKU 2006

Autor; název; složka; strana; číslo

Baštecký J.,Boleloucký Z.; Třicet roků činnosti psychosomatické sekce psychiatrické společnosti ČLS; Politika, koncepce; 154; IV/2006

Burdová Ilona; Křesťanská psychoterapie; Knihy; 38; I/2006

Hánová Zina; Poznámky lékaře ORL k adenotomii; Zkušenosti z pracovišť; 97; III/2006

Hogenová Anna; Hygiensis a iatreusis a "ne-moci" se pohybovat na životní cestě; Z konference; 184; VI/2006

Honzák Radkin; Zoufalý výkřik; Z pošty; 7; I/2006

Honzák Radkin; Parasomnie RBD; Teorie; 25; I/2006

Honzák Radkin; Sigmund Freud (Sigismund Schlomo Freud); živý odkaz nebo padlá modla?; Editorial; 43; II/2006

Honzák Radkin; Manželské konflikty prodlužují hojení ran; Zkušenosti z pracovišť; 99; III/2006

Honzák Radkin; Mavis Kleinová: Objav sám seba; Recenze; 112; III/2006

Honzák Radkin; Zemřel dobrý člověk; Aktuality, Politka, Koncepce; 177; V/2006

Honzák Radkin; Zimní sv.Jan; Editorial; 176; VI/2006

Chvála Vladislav Trapková Ludmila; Nemocné společenství- nemocná duše a pak i tělo; Politika, koncepce; 91; III/2006

Chvála Vladislav, Trapková Ludmila; Klinické zázemí výuky psychosomatické medicíny?; Politika, koncepce; 46; II/2006

Chvála Vladislav; Psychosomatika jako téma psychiatrů v USA?; Editorial; 4; I/2006

Chvála Vladislav; Volby nového výboru sekce nebo se poučit v zahraničí?; Politika, koncepce; 7; I/2006

Chvála Vladislav; Psychosomatická gynekologie a sexuologie část I; Praxe; 17; I/2006

Chvála Vladislav; Psychosomatická gynekologie a sexuologie část II; Zkušenosti z pracovišť; 61; II/2006

Chvála Vladislav; Se skřípěním starších zubů; Editorial; 88; III/2006

Chvála Vladislav; Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část III; Praxe; 100; III/2006

Chvála Vladislav; Prostor pro emoce; Editorial; 120; IV/2006

Chvála Vladislav; Postmoderní samoorganizace?; Editorial; 176; V/2006

Chvála Vladislav; Eva Křížová: Proměny lékařské profese z pohledu sociologie; Recenze; 207; VI/2006

Irmiš Felix; Emoce a různé reakce v autonomním nervovém systému; Teorie; 164; IV/2006

Köhle K.; Komunikace, část I; Teorie; 27; I/2006

Köhle K.; Komunikace, část II; Teorie; 76; II/2006

Köhle K.; Komunikace, část III; Teorie; 106; III/2006

Konečný Martin; Fenomenologický pohled na nemoc; Původní práce; 188; V/2006

Kredba Jan; Emoce-nemoci: fantomové obtíže; Z pošty; 89; III/2006

Mařatka Zdeněk; Funkční trávicí poruchy z hlediska psychosomaticky orientovaného gastroenterologa; Praxe; 158; IV/2006

Masner Ondřej; V Rakousku vzniklo fórum psychosomatiky; Politika, koncepce; 95; III/2006

Moos Petr; Psychosomatické rozjímání; Zkušnosti z pracovišť; 17; I/2006

Moosová Hana; Psychosomatika v jedné kožní praxi; Z pošty; 5; I/2006

Pelková Lucie; Kasuistika- terapeutický potenciál ve skupinové práci u pacientek s PPP...; Zkušnosti z pracovišť; 56; II/2006

Poněšický Jan; Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie; Teorie; 70; II/2006

Poněšický Jan; Balintovské skupiny a teorie terapeutické změny, část I; Praxe; 178; V/2006

Poněšický Jan; Balintovské skupiny a teorie terapeutické změny, část II; Praxe; 181; VI/2006

Schonecke, O., W., Herrmann J.M.; Psychofyzologie, část I; Teorie; 196; V/2006

Schonecke, O., W., Herrmann J.M.; Psychofyzologie, část II; Teorie; 196; VI/2006

Skorunka David; Kvalita rodinných vztahů jako významný faktor rozvoje psychosomatických projevů; Z konference; 181; V/2006

Rozpis stránek pro tisk 2 stránky na jednu A4 ve Wordu: 32,1,2,31/ 30,3,4,29/ 28, 5,6,27/ 26,7,8,25/ 24,9,10,23/ 22,11,12,21/ 20,13,14,19/ 18,15,16,17

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010