

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

VI/2008

ISSN 1214-6102

15.06.2008

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

3

Obsah

Editorial 105

V. CHVÁLA: PSYCHOSOMATIKA JAKO PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ LÉKAŘŮ V POZDĚJŠÍ DOBĚ POSTMODERNÍ? 105

Z pošty 107

PETR MIKLAS: TĚLEM REDUKOVAT A CELOU DUŠÍ DOUFAT! 107

Politika, koncepce 109

V. CHVÁLA: JE PROJEKT SEGMENTU ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE V ČR AMBICIÓZNÍ? 109

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKA O.S. 6.6.2008 113

ONDŘEJ MASNER: JAK TO DĚLAJÍ JINDE? 114

Akce 115

SYMPOZIUM RODINNÉ TERAPIE SOFT HEJNICE 2008 115

Z 12. celostátní konference 116

FELIX IRMIŠ: ROLE TEMPERAMENTU V PSYCHOTERAPII, RODINĚ A KOMUNIKACI 116

Zkušenosti z pracovišť 124

IVAN VONDŘICH: MOJE ZKUŠENOST S BÁLINTOVSKÝMI SKUPINAMI 124

Z praxe 126

MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST IX: KÁMEN V ŽALUDKU. 126

Teorie 129

JÜRGEN OTT, JOHANNES KRUSE A WOLFGANG TRESS: ROZHOVOR LÉKAŘE A PACIENTA 129

Nabídky 142

NABÍDKY MÍSTA PRO TERAPEUTY 142

SBORNÍK: VÝVOJ V IMAGINACI, IMAGINACE VE VÝVOJI 142

TERAPEUTICKÉ POBYTY V PL HAVLÍČKŮV BROD 143

Mezinárodní konference skupinové psychoanalytické psychoterapie 145

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

V. CHVÁLA: PSYCHOSOMATIKA JAKO PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ LÉKAŘŮ V POZDĚJŠÍ DOBĚ POSTMODERNÍ?



Motto:

*Tak dlouho se snažil o rým,
až se stal duševně chorým.
Stal se chorým duševně,
tělo uvnitř, duše vně.
(z perel Karla Plíhala)*

Jak se tak pomalu vynořuje nové číslo Psychosomu z nebytí, těká moje mysl po několika tématických okruzích, kterými bych se mohl v editorialech zabývat.

Zastavila se dnes na chvíli u otázky: jak si vlastně může lékař zachovat v tomto postmoderním světě duševní zdraví? Byl jsem se podívat na chvíli v Harmonii na sjezdu Psychiatrické společnosti, kde vládly farmaceutické firmy, ale klidu jsem nenalezl. Ani nemohl, i když prostředí přepychového horského hotelu by se mohlo zdát k tomu vhodné. Ve spěchu jsem zahlédl několik milých kolegů, ale už jsem chvátal zpátky, termín kolidoval s výcvikem, jako obyčejně. Je to dilema, kdo hodně pracuje, sotva může jezdit po konferencích, kdo jezdí po konferencích, může sotva pracovat. Nebo jde stihnout obojí? Je to asi věc organizace kalendáře. Ale to mi moc nejde. Není těch konferencí a setkání na nejrůznějších úrovních už trochu moc? Oko mi padlo na řádky v knize Václava Bělohradského Společnost nevolnosti: *„Především bych řekl, je to závrtná proliferační znaků, obrazů, formulí a promluv, jejímž důsledkem je, že prudce ubylo skutečnosti. Mnoho znaků, málo označovaného, mnoho významů, málo významného, mnoho částí, málo celků, mnoho faktů, málo kontextů, mnoho kopií, málo originálů, mnoho obrazů, málo zobrazeného, mnoho promluv, málo domluv, mnoho cílů, málo smyslu, mnoho reprezentantů, málo reprezentovaného, mnoho odpovědí, málo otázek.“* Aha, tak takhle je to se stavem světa!?! Není nic platné, že kniha v tisku opakovaně poplivaná a odmítnutá jako blábolení levicového intelektuála, vystihuje mé pocity, až příliš přesně. To co svádíme na stav medicíny se týká možná mnohem širšího kontextu, možná světa celého. Podle firmy Imation, která prý nabízí počítačové programy k archivaci informací, se ve světě produkuje za rok „dva exabyty dat“. Ani já, stejně jako Bělohradský, si neumím takové množství představit, ale napadá mě jedno: kdo ví, co bylo nebo nebylo prokázáno? Kdo a kde dělá selekci toho, co bude z informací dopraveno médiu k uším většiny a co zůstane skryto? Není to snad tak, jak píše Bělohradský dále: *„Takový je globalizovaný pozitivní režim řeči: dostáváme balíčky informací, které musíme vrátit potom, co jsme je legitimně použili; a smíme je legitimně použít jen k jednomu trojjedinému cíli- něco si koupit, někoho přesvědčit, aby si něco koupil, někoho k něčemu využít?“* Je zde snad možno najít náznak diagnózy naší medicíny, které jsme zasvětili život? Může se medicína uchránit před jevy globalizovaného a ekonomizovaného světa? Jak si nepovšimnout o kus dále v Bělohradského knize upřesňujících znaků současnosti:

„Výrokové krajiny Západu už dlouho pustoší krutá sekta vyznavačů „objektivity“, (té v úvozovkách!), kteří chtějí, aby jejich pravdy platily všude a vždy a byly povinně hlášány ve zvláštních chrámech, zvaných školy.... Vysilující boj proti vyznavačům „objektivity“, této planetární hypersektě, se dnes odehrává pod souhrnným názvem postmodernismus.... Postmodernismus je pokusem o takový životní způsob v technovědeckém světě, který by se obešel bez velkého rozdílu mezi člověkem a ostatními živými bytostmi na Zemi.“

Ke své diagnóze našeho světa však Bělohradský dodává, že zatímco předchozí stádium postmoderny označil ještě Patočka za „dobu *pozdní*“, on, jeho žák, identifikuje dobu jako „*pozdější*“. Zatímco v té „*pozdní*“ byl nejvyšší čas přezrálé poměry kritizovat a aktivizovat masy a s jistým úspěchem se tak postavit centrální moci, byla-li zdegenerovaná, v této době „*pozdější*“ už nemá taková činnost smysl. Systém globalizující společnosti se stal proti kritice imunní, dokonce i ostrá kritika stává se jen další reklamou na kritizovaný podnik, stát, praxi. Zažili jsme to nedávno opakovaně: lékař, který hrubě porušil pravidla kontaktu s pacientkou, není potrestán, ale stává se celebritou. Lékař, který je přistižen při významné korupci farmaceutickými firmami, stává se přímo mediátorem vztahu státu a farmaceutické lobby. Kozel stává se zahradníkem, firmy devastující životní prostředí, dělají si bezostyšně reklamu aktivitami greenpeace, kdo ví, kolik peněz z drogových kartelů teče do protidrogových programů. Proč by v takovém světě měla být medicína jiná? Výzkum „objektivních efektů“ léčebných postupů nazývaný v newspeaku současnosti evidence based medicine, deformuje vědecký aparát jedním výrazným směrem: kde je možno tušit zisk, tam se otáčí směr výzkumu. Nikoli tam, kde je efekt léčby, ale zisk, to je rozdíl. Když bylo výzkumem potvrzeno zkrácení doby hospitalizace pacientů po úrazech o několik dnů, pokud byli během ní vystaveni psychoterapeutickému programu oproti kontrole, nikde se neobjevil tlak na maximalizaci takového terapeutického postupu. Podobně jako zařazení psychoterapie do programu léčby pacientek s karcinomem prsu. Kdyby některá z firem prokázala u některého ze svých preparátů i jen poloviční efekt, byl by to rázem nejslavnější lék. No právě, lék. Ten lze podat i z automatu, ale psychoterapii, tu sotva. K té je třeba lékaře či psychologa vycvičit, naučit, a to dá hodně práce.

Má-li Bělohradský pravdu, a doba je již „*pozdější*“, vidím v tom paradoxně naději. Nemá-li totiž valnou cenu aktivizovat masy, psát petice a kritizovat, může naopak mít smysl pracovat jen v nejbližším okolí kolem sebe. Nevidět programy, ale pacienty, se kterými je možno se setkat. Kupodivu právě oni, pokud je potkáváme jako subjekty, mohou pomoci také nám, lékařům. Nenechat se semlít do globalizované kaše jako lékař-úředník, chránící se před globalizovanou masou nesvéprávných pacientů, ale svobodný lékař otevřený setkání s příběhem toho druhého, to je nabídka psychosomatické a psychoterapeutické medicíny v pozdější době postmoderní. A kdo si k tomu cestu najde, ten je vítán. A co s organizací segmentu základní psychosomatické péče? Najednou dnes pochybuji, že by nám systém kladl překážky. To by neodpovídalo Bělohradskému diagnóze, je-li ovšem správná. Najdeme-li mezi sebou síly k organizaci prostoru pro setkávání pacientů s lékaři, snadněji se budou setkávat. A o to jde.

Z POŠTY

PETR MIKLAS: TĚLEM REDUKOVAT A CELOU DUŠÍ DOUFAT!

Ještě pár úvah a dojmů z 12. Konference psychosomatické medicíny



Zvolna se mi klube myšlenka, která do jazyka uzrává – vynořuje se z paměti? – teprve teď, během psaní.

*Pokud se nacházíme v úplném světě a žijeme v něm úplným životem, pak naše reakce na tuto úplnost – naše pohyby, chování, prožívání, myšlení, duchovno, dokonce i moderní bio-eko-psycho-sociálně-duchovní pohled – jsou ve srovnání s úžasnou šíří života vždycky redukováné. Minimálně nějakým předporozuměním, ať už je dáno vrozenými dispozicemi, výchovou, vzděláním, minulou zkušeností, odborností, aktuálním kontextem, právě vládnoucím paradigmatem nebo něčím jiným. Redukovanými reakcemi odpovídáme světu na jeho neredukované působení. Současně tím však svět o své reakce obohacujeme, přidáváme je k němu, zvyšujeme komplexnost života. Naše redukce tak jaksí nepozorovaně navracíme zpátky původní nedohledné úplnosti. Naše odpovědnost za ně tudíž sahá dál, úplněji, než kam šípy vystřelené redukováným lukem namíříme. Ani já nemohu jinak. Nemohu, než redukovat. **Tělem redukovat a celou duší doufat!***

Slyšel jsem **skvělé přednášky** – MUDr. Kredba, PhDr. Strobachová. A poslední den – PhDr. Weiss, PhDr. Gawlik, PhDr. Ing. Konečná, PhD. – byl snad ještě znamenitější.

Co jsem se tu o psychosomatice dověděl? Dovolím si nadsázku. Představuji si, že jsem slovy MUDr. Konečného “neosvícený” nemocný, který se náhodou octnul na této konferenci. Postranním vchodem do říše divů náhle vstupuje malá Alenka. Králík ji láká do své nory. Onu medicínu, která nemocnému často přináší nejučinnější metody a současně minimalizuje jeho investice do léčby, tady s despektem nazývá Evidence Based Medicine nebo heroickou medicínou. Plch vzápětí Alence nabízí, aby zásadně změnila svůj život a vydala se s ním na zdlouhavou, náročnou, strastiplnou cestu s nejistým koncem. Jako by mi malíř pokojů pozvaný, aby na stěnu namaloval obrázek s jeleny, které mám tak rád, hned po svém příchodu do mého bytu vrazil do ruky kbelík a štětku a pod záminkou, že ze mne udělá lepšího člověka, pak zprostředka místnosti pozoroval, jak klopotně svůj byt maluji já sám. A na mé

otázky by odpovídal neurčitě, třeba: No, jak by sis to představoval? Máš ztuhlé zápěstí, nechceš si zajít na masáž? Jaké znáš barvy? Případně by mě přesvědčoval, jak bezvadně obrazy na stěnách odrážejí moji nezaměnitelnou svébytnost.

Somatický lékař svému pacientovi často poskytuje jasný, autoritativní recept. Na psychoterapeutické supervizi zase slýchám věty: "Teorie tu jsou především pro terapeutovo uklidnění, pro jeho posílení. Klientovi je terapeutova teorie k ničemu." Psychosomatický přístup tyhle předpoklady posouvá, zve nemocného nejen k poslušnému vykonávání lékařových doporučení, nejen k úzce vymezené psychoterapii, ale také do světa lékařových konceptů, do psychoterapeutické kuchyně a konečně a vede jej i ke kritickému **přezkoumání a přebudování vlastního života**.

Skálovským highlightem se tu pro mne na konferenci stalo slovo – NEUROBIOLOGIE – z úst MUDr. Konečného. A přece jsem nejtěžší rozpor zažíval právě během jeho řeči. Slovní spojení jako „neredukující pohled na lidskou existenci“, „osvícenější část pacientů“ nebo „psychosomatika nabízí cestu ke svobodě pravého já“, jakož i návod poskytovaný medicíně na základě vlastních interpretací ve mně navozovala obavu z **nebezpečí univerzálního duchovního receptu, z přesahu do oblasti mimo medicínu**. První pomoc mi naštěstí poskytl hned moderující MUDr. Honzák, když přednášku komentoval větou: Lékař nemůže nahradit kněze. Kromě toho se mi nezdá bezpečné užívat jakoukoli odbornou terminologii pouze jako prostředek dorozumění, jak tvrdil MUDr. Konečný. Slova z úst odborných autorit, ať už jsou původně míněna jakkoli, se v hlavě laika vedle komunikačních prostředků nejednou promění v samotnou skutečnost.

Mám však velkou radost, že se tu dostali ke slovu všichni. Psychosomatici, zástupci oné místy relativizované somatické medicíny, ale i mluvčí alternativy, třebaže jen šeptem, ve vedlejší sále a za zřetelného nesouhlasu některých účastníků konference. Druh péče si dnes snad už definitivně volí pacient. V jiskřivých konferenčních diskusích jsem se o tomto aspektu prakticky nedoslechl. Napadla mě otázka: **jak umožnit nemocnému, aby si pokud možno kvalifikovaně uměl vybrat mezi klasickou a psychosomatickou medicínou, psychoterapií či alternativní cestou, kam by podle vlastního rozhodnutí mohl investovat své placebo?** Ať chceme nebo ne, stejně to dělá. Parafrázuji slova PhDr. Ingrid Strobachové: Jak postoupit od individuální samoty těchto léčebných směrů k vzájemnému prolínání, a poté i ke směřování za společným cílem?

Jedním z dílčích témat konference bylo srovnání psychosomatiky v Čechách a v Německu, kde je psychosomatický přístup mnohem více institucionalizován. Stal se samozřejmou součástí zdravotnického vzdělávání, pojišťovny jej více hodnotí, působí zde psychosomatické kliniky. Vzpomněl jsem si na svou návštěvu v nemocnici v Chemnitz asi před pěti lety. V té nemocnici tehdy účtovali pedopsychiatrický lůžkoden za druhou nejvyšší cenu – po ceně dne na jednotce intenzivní péče. U nás tehdy byla cena stejného výkonu ve srovnání s lůžkodny ostatních oborů nejnižší. Kde se bere tak velký rozdíl při ohodnocení práce různých oborů medicíny? **Jsou poměry v Německu a v Českých zemích nesrovnatelné?**

Vedle četných dalších inspirací jsem na konferenci načerpal také dobrý důvod k optimismu. Mimo hlavní světla reflektorů, stranou od leckdy komplikované filozofie, mocenských a ideových sporů o koncepční vymezení jsem zde pocítil mnoho nezdolného úsilí, plno cílené, urputné, těžké práce, nekončícího snažení a každodenní dřiny.

Závěrem bych rád poděkoval organizátorům konference za odvahu při **šíření myšlenek**, které sami považují za správné, i za respekt k myšlenkám odlišným.

Petr Miklas, psychoterapeut

Chrudim 2008-05-28

POLITIKA, KONCEPCE

V.CHVÁLA: JE PROJEKT SEGMENTU ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE V ČR AMBICIÓZNÍ?

(přednáška na Psychiatrický kongres ve Špindlerově Mlýně, červen 2008)

Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. po zvolení nového výboru přišla s návrhem na zavedení segmentu základní psychosomatické péče podle německého vzoru. Stejně jako v Německu v r. 1987, kde bylo vyjednáno jeho zakotvení v předpisech zdravotnického resortu nejprve s pojišťovkami a posléze s odbornými společnostmi, i u nás sleduje projekt tyto cíle:

- a) zvýšit kompetenci některých lékařů somatických oborů v oblasti psycho-sociálních aspektů zdraví a nemoci a tím uvést konečně do běžné praxe bio-psycho-sociální koncept nemoci přijatý už v r.1977 Světovou zdravotnickou organizací (WHO)
- b) snížit nemalé finanční ztráty, které jsou vynakládány v resortu zdravotnictví na zbytečnou a neúčinnou, protože převážně biologickou léčbu nemocí podmíněných bio-psycho-sociálně
- c) ve svém důsledku zvýšit povědomí odborné i laické veřejnosti o bio-psycho-sociální podmíněnosti většiny nemocí a postupně tak dostat psycho-sociální témata do výuky mediků, když ve výuce středního zdravotnického personálu již delší dobu jsou

Takový projekt se všem, kdo znají vývoj situace v oblasti psychosomatické medicíny v posledních 20-30 letech může zdát být příliš naivní, ambiciózní nebo rovnou nemožný. Ale proč by měla být poskytována i nadále zdravotní péče občanům ČR non lege artis, pokud se na jejich nemoci podílejí také psychické a sociální aspekty života, o kterých se naši lékaři na fakultách neučí, zatímco pár kilometrů na západ v jiné zemi EU je taková péče plně k dispozici? Jak dlouho budeme na cestě do Evropy vláčet za sebou neblahé

dědictví ideologizovaného vysokoškolského studia, které si ve svých osnovách vedle marxismu-leninismu nenašlo prostor pro výuku také psychických a sociálních aspektů zdraví a nemoci, když ani vývoj po r.1989 nestačil tento deficit dohnat!

V psychosomatice nejde jen o teorii ale především o praxi

Mohlo by se zdát, že chceme kopírovat cizí vzory a na to je český člověk prý citlivý. Není zde místo pro rekapitulaci celé historie postupného úpadku psychosomatické medicíny u nás v posledních 50 letech. Chceme ostatně stavět spíše na pozitivním dědictví, aniž bychom si dělali iluzi o tom, co se nezdařilo. Připomeňme zde významnou tradici symposií sociální psychiatrie v Kroměříži, kde na třináctém symposiu v září r.1985 zazněla m.j. práce týmu autorů z Výzkumného ústavu psychiatrického na téma „Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře“. (Baudiš a kol. 1986). V této zprávě o výzkumném úkolu Státního plánu technického rozvoje 1980-85 autoři shrnují poznatky o situaci pacientů, na jejichž stonání se podílejí kromě biologických také psycho-sociální aspekty jejich života a kteří jsou ošetřováni převážně v ordinacích praktických lékařů. Ne všechny z devíti testovaných hypotéz se potvrdily, závěry však stojí za to citovat. Autoři zjistili, že zatímco rozpoznaná psychiatrická nemocnost (tj. vlastně případy s předpokládanou bio-psycho-sociální problematikou) byla kolem očekávaných 5% (5,3%), nerozpoznaná tvořila 19,5% ! Tedy až pro ¼ pacientů v běžné ordinaci praktického lékaře může být pouhá biologická léčba léčbou nedostatečnou. Pozoruhodné, z hlediska našeho projektu, byly zjištěné výrazné rozdíly mezi obvodními lékaři ve schopnosti správně hodnotit podíl psychických či sociálních aspektů na nemoci a to v rozmezí neuvěřitelných 0-100% ve srovnání s psychiatrem, tedy člověkem vzdělaným v této oblasti. Problematice se autoři, především Baudiš, Mudra a Škoda věnovali dlouhodobě, v citované studii doporučovali zvýšení erudice lékařů v oblasti psychických a sociálních aspektů nemoci, zvýšení podílu psychologů a sociálních pracovníků, koordinování činnosti zdravotnických a sociálních zařízení, která mohou být ještě dnes argumentem pro zvýšení erudice praktických lékařů v oblasti psychosociálních aspektů nemoci. Při srovnání se situací v Německu, kde v téže době na základě podobných argumentů došlo k vytvoření podmínek pro realizaci většiny navrhovaných opatření musíme říci, že autoři se nemýlili, jen podmínky tehdejšího Československa neumožnily jejich záměry realizovat.¹

Ve srovnatelném výzkumu prováděném týmem W.Riefa bylo 2050 obyvatel SRN vyšetřeno s ohledem na jejich somatoformní potíže. (Rief a kol. 2001) Nejčastěji se vyskytovaly bolesti zad, bolesti v kloubech, v končetinách a bolesti hlavy, abdominální a kardiovaskulární symptomy. Prevalence činila 25%. To znamená, že čtvrtina dospělého obyvatelstva ve svém aktivním věku je tělesně a/nebo duševně a/nebo sociálně – tedy ve vytváření sociálních vztahů- do té míry postižena psychogenními nebo psychogenně spolu-

¹ S výjimkou kurzů IPVZ pro praktické lékaře vedené týmem Honzák, Vlačihová, Bendová, Beran)

podmíněnými obtížemi, že podle směrnic německých pojišťoven musí být zařazení do skupiny „nemocní“. Ztráty, které vznikají jejich nesprávnou, protože jen biologicky vedenou léčbou, jsou příliš velké na to, než by si je bohatý stát jako je Německo, mohl dovolit. To byl také hlavní argument pro vznik segmentu základní psychosomatické péče.

V praxi u nás vznikala místa spolupráce mezi odborníky s biologickým a psycho-sociálním vzděláním jen ojediněle. V Liberci jsme během osmdesátých let připravili a v létě roku 1989 realizovali projekt Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch, které patrně odpovídalo představám citovaných autorů z Výzkumného ústavu psychiatrického: tým somatických lékařů, psychologů, sociologa a rehabilitačního pracovníka byl podřízen odborníkovi pro všeobecné lékařství a pracoviště tak bylo k dispozici praktickým lékařům a na ně napojeným odborným lékařům. Kapacita pracoviště nebyla malá, postupně se zvyšovala až na cca 1100 pacientů ročně, zhruba kolem 7000 ošetření, převážně spojených s psychoterapií. (graf č.1) Spolehlivé údaje o rozdělení pacientů např.podle pohlaví máme až od r. 1997, kdy jsme začali používat nový informační systém. Za tu dobu 64% z 8153 léčených osob tvoří ženy a 36% muži. (graf č.2)

Během činnosti tohoto pracoviště, které je dnes nestátním zdravotnickým zařízením s převážně pojišťovnou hrazenou péčí, zaměřenou hlavně na psychosomatickou klientelu, jsme získali cenné zkušenosti, které ukazují, že značné procento pacientů se somatickým onemocněním s chronickým průběhem může být úspěšně léčeno pokud se vhodně přidává k somatické léčbě také psycho-sociální intervence, u nás především systemická rodinná terapie, individuální či skupinová terapie různých psychoterapeutických škol. O tom jsme referovali jinde. (Chvála, Trapková 2008) Dnes se chceme v souvislosti s projektem základní psychosomatické péče zmínit o jiné části naší aktivity, a to sice o výuce. Zpočátku jsme pořádali semináře pro obvodní lékaře, které byly bohatě navštěvované. Později jsme začali vyučovat způsobu vedení rozhovoru s pacientem s orientací na bio-psycho-sociální model nemoci ve víkendových kurzech, kterými dodnes prošly stovky somatických lékařů a psychologů. Od r. 1997 předáváme zkušenosti v rámci komplexního vzdělávání v rodinné terapii se zaměřením na psychosomatickou problematiku, akreditovaného pro zdravotnictví, momentálně končíme 3. běh. Na základě těchto zkušeností můžeme tvrdit:

- a) naši lékaři vzdělaní především biologicky potřebují rozšiřovat svou erudici směrem k psycho-sociální problematice, musí se učit, jak o tom s pacienty mluvit, aby byli kompetentní ošetřovat ty z nich, kteří somatizují psycho-sociální problémy svého života způsobem, který je přivádí do ordinace lékaře, zpravidla nikoli psychiatra
- b) většina praktických lékařů, pediatrů nebo specialistů se nepotřebuje stát psychoterapeutem a tedy nepotřebují plné psychoterapeutické vzdělání
- c) lékaři erudovaní v bio-psycho-sociálním modelu nemoci, tedy ti, kteří začali takové souvislosti vidět, budou potřebovat na práci s pacientem

více času, který jednoduše musí být zaplacen, jinak ho nemohou dlouhodobě poskytovat

- d) nemůžeme čekat na samovolnou změnu vzdělávání na LF a v postgraduálu, protože samospádem, jak máme možnost vidět, jde vývoj medicíny jen jedním směrem: bio-bio-bio
- e) zřízení segmentu základní psychosomatické péče je řešení, které vyzkoušeli naši sousedi v Německu a mají jen 20 let náskok. Proč bychom neměli postupovat obdobně?

Závěrem

Je jasné, že bychom nemuseli dělat nic pro to, aby začala být naše medicína citlivější k psycho-sociálním aspektům nemocí v duchu bio-psycho-sociálního modelu přijatého WHO v r. 1977. Není zde nikdo, kdo by nám to mohl vyčítat. Naopak existuje oprávněná obava, že naše snaha narazí na nepochopení až aktivní odpor ze strany nejrůznějších zájmových skupin. V Německu také nebylo snadné projekt prosadit. Kolegové chytře začali s vyjednáváním u pojišťoven, kterým dokumentovali, že se jim to vyplatí. Německé pojišťovny však byly motivovány k ekonomickému chování, což nemusí být v ČR stejné.

Bylo by jistě výhodné, kdyby se Psychiatrická společnost postavila za tento projekt, i když psychosomatictí pacienti nejsou problémem psychiatrů. Považovali bychom to za dobrou službu ostatním odborným společností. Pomoc můžeme očekávat od nezávislého Sdružení pro psychosomatiku, které nabídlo platformu pro diskusi nad praktickými otázkami psychosomatiky pro všechny medicínské odbornosti. Na nedávné diskusi dr. Masner, praktický lékař řekl: „Připadá mi, že se celá věc stáčí trochu zbytečně do polohy s kým jít a proti komu to prosadit atd. Držel bych se spíše faktu, že máme prostě spousta somatických pacientů, kterým nelze bez psychosomatického přístupu smysluplně pomoci. Nebo jak jinak chceme léčit somatoformní poruchy, jak jinak chceme vytáhnout tyto pacienty z kruhu opakovaných tělesných vyšetření, než že s nimi budeme mluvit o širších souvislostech jejich stonání? Dle mého nejde o to vytvářet nové umělé segmenty, ale musíme se všichni společně snažit abychom našli cestu jak zabezpečit adekvátní léčbu pro tyto naše pacienty.“

citace

- Baudiš P., Mudra M., Škoda C., Tomášek L., Kožený J., Traugottová D.: Psychiatrická nemocnosti v praxi obvodního lékaře, Sborník referátů a diskuse, vydala Psychiatrická léčebna v Kroměříži v r. 1986 1
- Chvála V., Trapková L.: Rodinná terapie a teorie jin-jangu, Portál 2008 2
- Rief W, Hessel A, Braehler E, : Somatization Symptoms and hypochondrial features in the general population. Psychosom Med 2001;4:595-602 2
- Tress W., Krusse J., Ott J.: Základní psychosomatická péče, Portál 2008 3

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O.S. 6.6.2008

Další setkání proběhne 3.10.2008 opět v ÚVN Střešovice, knihovna oční kliniky, pavilon A, 3. patro od 15 do 18 hodin.

ODBORNÝ PROGRAM:

1. MUDr. Z. Hánová, ORL FNKV Praha - "Jak jsem otevřela a zavřela psychosomatickou praxi". Dr. Hánová popsala zdoluhavá a marná jednání s úřady než zvolila cestu živnostenského listu. Zdůraznila potřebu bálintovských skupin. Jako nejdůležitější prosazování praxe vidí prezentaci na internetu. Další reklamou jsou samotní pacienti. Důležitý je čas potřebný na zavedení praxe. Z diskuse vyplynulo, že rok není dostatečný.

2. MUDr. J. Klíma a PhDr. I. Štrosová, Dětská klinika Nemocnice České Budějovice - "Hyperventilační tetanie jako pozdní poststresová reakce". Následovala diskuse k přednesené kazuistice.

3. MUDr. O. Masner, diskuse o projektu "Základní psychosomatická péče". Členové Sdružení připomínkovali projekt (viz příloha). Především vidí roli praktických lékařů v celostně vedeném rozhovoru, nikoliv v psychoterapeutických intervencích.

Neformální setkání u občerstvení.

ORGANIZAČNÍ ČÁST:

1. Prezentace loga - PhDr. Jaroslava Slánská, CSc. a Mgr. Sevila Kačenová. Vyšly konkrétní návrhy, z kterých již lze vybrat.

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ:

1. Mgr. Kačenová v rámci PR nabídne účast na setkání studentům. Podobně nabídnou účast na setkání v jednotlivých nemocnicích: FN Vinohrady-dr. Rys, ÚVN Střešovice - dr. Roubal, FN Motol - dr. Masner, VFN - Mgr. Jandourková

2. program: dr. Rys osloví dr. Pelkovou; dr. Roubal osloví lékaře na Psychosomatické klinice; dr. Masner bude kontaktovat dr. Konečnou

3. na dalším Sdružení dohodnout termíny setkání na příští rok

4. Prosíme příznivce Sdružení o zaplacení členských příspěvků za rok 2008, číslo účtu je 219271665/0300, výše členských příspěvků je pro tento rok 200 Kč. Ve zprávě pro příjemce je nutné vyplnit příjmení a ev.začátek jména plátce.

Zapsal PhDr. Pavel Roubal

ONDŘEJ MASNER: JAK TO DĚLAJÍ JINDE?



V jakých podmínkách pracují psychosomaticky orientovaní lékaři v jiných zemích? Třeba ve Švýcarsku má psychosomatika již poněkud delší tradici, první celostátní společnost pro psychosomatickou medicínu tam vznikla v roce 1963. Nicméně to trvalo delší dobu, než se model bio-psycho-sociálního uvažování a přístupu k pacientovi etabloval nejen v myslích zdravotníků, ale také v tabulkách s kódy pro pojišťovny. Akademie pro psychosomatickou a psychosociální medicínu vznikla v roce 1998 jako organizace sdružující lékaře a různé instituce působící na poli psychosomatiky. Akademie vytvořila výukový

program, na jehož základě mohou lékaři všech odborností získat „osvědčení odbornosti“ v psychosomatické a psychosociální medicíně. Toto osvědčení je zaštiťováno Švýcarskou lékařskou společností a , do jisté míry, uznáváno pojišťovnami. Jak vypadá tento výukový program a kolik lékařů ho vlastní?

Celkový objem programu čítá 360 hodin, rovnoměrně rozdělených po třetinách na teorii, praktické dovednosti a supervizi/ sebezkušenost. Počet hodin je tedy dost vysoký, nicméně se nejedná o přísně strukturované curriculum, ale každý uchazeč si ho může sestavit dle vlastních profesních a časových možností. Akademie totiž certifikuje a vydává seznam institucí po celé zemi, jejichž kurzy, semináře, workshopy nebo výcviky lze započítat do výukového programu. Když třeba lékař pracuje jako sekundář celý rok na jedné z psychosomatických klinik, započte se mu ten rok jako 120 hodin výuky (takto lze absolvovat maximálně 240 hodin). Předpokladem pro získání osvědčení je tedy, vedle jakékoliv lékařské atestace, splnění výukového programu, který musí po ukončení být schválen dozorčí komisí akademie. Zkouška ani závěrečná práce nejsou součástí programu. Osvědčení je vždy platné na 5 let, během nichž je lékař povinen doložit průběžné vzdělávání v oboru návštěvou dalších kurzů.

Držiteli osvědčení jsou převážně praktičtí lékaři pro dospělé (42%) a internisti (29%). Následují psychiatři (9%), gynekologové (8%) a PL pro děti/pediatři (3%). Celkem získalo osvědčení kolem 630 lékařů (z celkového počtu ca. 28.000 lékařů ve Švýcarsku).

S pojišťovnami se zatím nepodařilo vyjednat vlastní tarifní pozici pro psychosomatickou terapii nebo něco podobného. Avšak stejně skýtá osvědčení pro lékaře a jeho pacienty značnou výhodu: tarifní pozici „rozhovor s pacientem“ který se lékaři obvykle proplácí pouze na 5 nebo 10 minut, mohou prodloužit až na 60 minut a pojišťovny jim tento čas hradí.

MUDr. Ondřej Masner

AKCE

SYMPOZIUM RODINNÉ TERAPIE SOFT HEJNICE 2008

- **Téma:** Dvojice a rodina
- **Termín:** 9.-11.10.2008
- **Místo konání:** Mezinárodní centrum duchovní obnovy, Hejnice, Klášterní 1, psč. 46362, tel. 482360214
- **Zdůvodnění:** V zorném poli rodinného terapeuta je celý rodinný systém. Rodinu však zakládají dva samostatní jedinci, na jejichž schopnostech, ochotě spolupracovat a omezit své individuální možnosti, a na stabilitě osud celé rodiny leží. Co víme o tom, jak se dvojice tvoří, jaké má podmínky pro svou existenci ve společnosti, která je tak vypjatě individualistická jako je ta naše? Jaké jsou možnosti párové terapie a jak se liší od jiných druhů terapie? Kdy a jak pracovat s rodičovským párem během rodinné terapie? A kdy je indikována individuální nebo skupinová terapie. Jak se pracuje dvojcím v terapeutickém páru, jaké to přináší možnosti a jaké komplikace? A konečně: ministerstvo zdravotnictví připravuje změny zákona, které mají umožnit, aby u nás měly možnost na asistovanou reprodukci i ženy, které nejsou vdané a nemají partnera. Co si o tom myslíme my rodinní terapeuti, kteří se považujeme za odborníky na rodinu?
- **Pořadatelé:** SOFT- Společnost rodinných a systemických terapeutů ČR

Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP

Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v
Liberči, o.p.s.

- **Koordinátor:** MUDr.Vladislav Chvála (<mailto:chvala@sktlib.cz>) tel.: 737138846
- **Sekretářka:** paní Radka Menclová, tel. 605216990, e-mail: menclova@sktlib.cz
- **Přípravný výbor:** MUDr.Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková, Mgr.Jan Knop, MUDr. David Skorunka, Mgr.Dana Hajná
- **Kapacita:** cca 120- 200 míst (v případě 200 lidí je možno společné přednášky umístit do kina nedaleko Mezinárodního centra duchovní obnovy)
- **Konferenční poplatek:**

- **Přihlášení do 30.6. 2008 600Kč členové softu, 800 Kč ostatní**
- **Po 30.6.2008 900** pro členy SOFT a **1100 Kč** pro ostatní. Platby prověří paní Radka Menclová, seznam účastníků porovná se seznamem členů SOFTu. Navrhují, aby tentokrát účastníci zaplatili všichni, tedy i přednášející. O výjimkách je třeba se rozhodnout předem. Zájemci jen o přednášky bez ubytování pokud je naděje, že se vejdou, platí na místě poplatek **300Kč na den** a budou označeni jmenovkou s rukou psaným jménem na bílém podkladu.
- V. Chvála 4.4.2008

Z 12. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE

FELIX IRMIŠ: ROLE TEMPERAMENTU V PSYCHOTERAPII, RODINĚ A KOMUNIKACI



Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti. Osobnost je často členěna na temperament a „charakter“. Temperament, který je asi ze 60 procent vrozený (aktivita, reaktivita, převládající nálada), je tudíž součástí naší osobnosti, která je již zřetelněji ovlivňována sociálními vlivy. Temperament ovlivňuje individuální biopsychosociální interakce, adaptaci, nespecifickou motivaci (vyhledávání podnětů, které jedince více uspokojují), reaktivitu autonomního (vegetativního) nervového systému (ANS), sklon k úzkostnému nebo vyhýbavému chování, impulzivitě, aj. Hraje roli ve výchově,

komunikaci, psychoterapii, dávkování léků. Vlivy genetické a vlivy prostředí se složitě a individuálně přitom integrují (Irmiš 2007 a.).

REAKCE A VÝCHOVA

Stejně podněty vyvolají odlišnou reakci v závislosti na temperamentu nejen v chování, ale i v myšlení. Náznakově se to dá u klasických typů naznačit následovně (Glocker a Goebel).

„Lehce přes kámen přeskočí sangvinik, a když o něj přece jen klopýtne, nic moc si z toho nedělá. Vztekle ho odmrští stranou cholerik a jeho jiskřící oči se těší z podařeného díla. Dorazí-li ke kameni flegmatik, potom zastaví svůj krok, a řekne si: „Nepůjdeš-li mi z cesty sám, potom tě raději obejdu.“ Hlubavě však před ním zůstane stát melancholik, v obličeji výraz nespokojenosti nad svou věčnou smůlou.

Smékal (2004) popisuje, že analýza našich dojmů se může orientovat i na hledání toho, oč zkoumaná osoba usiluje. Sangvinik naznačuje – „obdivujte mne“, cholerik – „bojte se mne“, flegmatik – „všímejte si mne“, melancholik – „litujte a soucíte se mnou.“ Je třeba si též uvědomit, že pokud je shoda duševní poruchy a symptomů s temperamentem (např. úzkostná porucha u melancholického temperamentu)“, bude nemoc hůře léčitelná a naopak. Též to, že organická nemoc může zhoršit rozpoznání temperamentu.

Temperament se nedá násilně měnit, může se jen usměřňovat a to nejlépe do třicátého roku. Rodiče by měli vědět, že nemohou za to, když jejich dvě děti reagují odlišně při stejné výchově.

Zakladatel antropozofie R. Steiner na začátku dvacátého století popisuje vztah temperamentu k výchově: Přizpůsobivý, společenský, ale nestálý sangvinik se vyvíjí nejlépe pod vlivem pevnější ruky a lásky k nějaké osobě. Nejen láska ,ale i úcta k tomu, co může vykonat osobnost, je lepší pro výchovu výbušného cholerika. U klidného, pomalého flegmatika je vhodné, když ho nadchneme pro prospěšné zájmy jiných a ukážeme mu jejich přednosti. Smutný, uzavřený, nepochopený melancholik se cítí lépe, když vyrůstá v rukou člověka, který má zkušenosti s trpkým osudem, a může rozvíjet svoji empatii k druhým. Toto je podrobně rozpracováno ve Waldorfském školství (Irmiš 2007 b.)₂

C.G.Jung rozlišoval u extraverte i introverte jedince, u kterých převládá iracionální hledisko (cítění a intuice), a dále jedince s převahou racionálního pohledu (smyslové vnímání a myšlení). Kdo nadměrně zdůrazňuje intuici a cítění, uzavírá se do sebe a svět posuzuje převážně subjektivně. Kdo zdůrazňuje racionální myšlení a smyslové vnímání, je v životě rozumový a věcný. To ovlivňuje též vývoj jedince z hlediska spirituality. C.G Jung upozorňoval, že jedinci s vyhraněným upřednostněním intuice a cítění mohou hůře rozumět osobě upřednostňující rozum a smyslové vnímání. Učitel i psychoterapeut by měli umět oslovovat odlišné temperamenty.

Teorii extroverze a introverze a její psychofyziologické vztahy rozpracoval Eysenck (1970), který rozšířil toto třídění o labilitu (neuroticismus). Podle této koncepce stabilní introvert odpovídá flegmatikovi, labilní introvert melancholikovi, stabilní extravert sangvinikovi a labilní extravert cholerikovi.

INTROVERTI A EXTRAVERTI

V současnosti máme mnoho poznatků o rozdílném chování introvertů a extravertů. Introverti potřebují větší čas na rozmyšlení, čerpají energii z vnitřního světa myšlenek, upřednostňují méně vztahů, jsou vzrušivější, a

proto se mohou dostat do situace nadměrné stimulace. Ve společnosti zvládají hůře více věcí najednou a potřebují si vše dobře promyslet. Extraverti potřebují společnost, mění se situace, na problémy rychle reagují, myslí a hovoří najednou, méně naslouchají. Ztrácí trpělivost při stereotypní práci, ve stresu jedná rychle. Více se rozvádějí. Introverti se jim zdají méně společenští a lhostejní.

Ve vztahu nebo rodině nemusí partner rozumět reakcím druhého, může je chápat osobně (jako odmítnutí nebo útok), a ne jako výraz jeho temperamentu. Každý má jinou představu o naplnění vztahu, která se ještě může časem měnit. Je-li manžel introvert a žena extravert, může to vyvolat u manžela pocit zahlcení, nevyslyšení. Žena může cítit málo podnětů, což vede k osamělosti a emočnímu neuspokojení. Může si myslet, že muž je pasivní. Je-li manžel extravert a žena introvert, pak žena aktivnějšímu manželovi více naslouchá. Uspokojuje-li však manžel společenské aktivity jinde, může ženu frustrovat, protože nemá zájem o komunikaci doma. Je-li manžel i žena introvert, klidný vztah může po čase přerůst v nudu a stagnaci (nedostatek vnější stimulace i přátel). Podrobněji a populárně to popisuje Laneová (2006).

Introvertní dítě, vychovávané v rodině extravertů, nemusí cítit dostatek soukromí a může být na něj dělán nátlak, aby bylo více společenské. Potřebuje nejprve poslouchat a přemýšlet, než se zapojí do nějaké činnosti. Extravertní dítě hodně mluví a učí se lépe při malé stimulaci (např. hudba), potřebuje rozmanitost a zabere rodičům více času. Potřebuje hned vše říci. Introvertní rodič může být jeho aktivitou zahlcený.

Z psychofyzilogického pohledu se v dynamice vztahu uplatňuje též starší teorie o vyhledávání optimální hladiny stimulace a bdělosti (aktivace, „arousalu“). Podle této teorie je hladina aktivace a sensorický příjem v dynamickém vztahu. Při zvýšení aktivace do nepříjemného stupně, se jedinec vyhýbá společnosti a různým stimulačním podnětům a naopak. Při tom introverti mají (oproti extravertům) aktivační hladinu vyšší a mají nižší práh reaktivity na podněty (menší podněty je vzrušují více).

Z hlediska ANS je u extravertů častěji větší převaha sympatiku, zatímco u introvertů parasympatiku. U labilních či neurotických introvertů (inklinující k úzkostně depresivním poruchám) a u labilních extravertů (inklinující k impulzivě a hysterii) se objevuje zvýšená reaktivita až dysfunkce ANS (Irmiš 2007 a.). To se může projevat též v dispozici k psychosomatickým potížím. Některé tyto vztahy, které jsou složitější, stručně dále popíšeme.

Je třeba si uvědomit, že často nenacházíme čisté, učebnicové temperamety (týká se zejména klasických čtyř starých typu), ale určitou jejich kombinaci, i když většinou jeden z temperamentu převládá. Ještě volněji je to vyjádřeno tam, kde mluvíme o temperamentu z hlediska pozorování lidských interakcí nebo psychoanalytické praxe. V současnosti jde o dynamickou „typologii“, kdy každý jedinec má určité hodnoty v kontinuální stupnici některých dimenzí.

BIO-SOCIÁLNÍ TEORIE TEMPERAMENTU

Novější bio-sociální teorie temperamentu (Cloniger a spol. 1997) diferencuje 4 hlavní dimenze (systémy): 1. vyhledávání nového, nových zážitků, dobrodružství, 2. vyhnutí se ohrožení, nebezpečí, obavy, 3. závislost na odměně, uznání, ocenění 4. perzistence (odolnost, vytrvalost). Někteří badatelé vyčleňují ještě další dimenzi temperamentu, a to impulsivity a agresivity. V tomto článku ji přiřčujeme spíše k dimenzi hledání nového. V kombinaci prvních tří základních dimenzí vzniká osm bio-sociálních rysů („osobností“) temperamentu. Převaha dimenzí (1,2,3) je uvedena v závorce. Osobnost antisociální (1,-,-), hysterická (1,-,3), pasivně agresivní (1,2,3), explozivní (1,2,-), obsedantně úzkostná (-,2,-), schizoidní (-,-,-), cyklothymní (-,-,3), pasivně závislá (-,2,3). Tyto temperamentové rysy mají své převažující neurofyziologické mechanismy a popisují se též vztahy k neuromediátorům.

Podle Clonigera je osobnost složena vedle temperamentu ještě z „charakteru“, který se skládá ze tří složek:

- a) cílového životního zaměření, sociální zralosti, smysluplnosti, odpovědnosti (self-directedness),
- b) kooperativnosti, akceptování ostatních, empatie, snaze pomáhat (cooperativeness),
- c) transcendentálních postojů filozofických nebo náboženských (self-transcendence).

Naznačíme některé sociální interakce a psychoterapeutické přístupy k některým temperamentovým rysům, které (jsou-li více vyhraněné) mohou někdy složitě zasahovat až do biologických a psychodynamických hledisek osobnostních poruch, které rozebírá podrobně z hlediska psychiatrie Robinson (2002) a Praško a kol. (2003). Mohou ovlivňovat též neurotické poruchy. Pojmy odvozené z psychologických testů a temperamentu, které uvádím, nemusí být však úplně shodné s pojmy odpovídajícími z tohoto hlediska některým klasifikacím poruch osobnosti. Je třeba si uvědomit, že každý inklinuje k určitému temperamentu v rámci normality, a ten může být více či méně vyjádřený. Temperament nemá často přímý vztah k různým diagnostickým klasifikacím, včetně interních chorob. Neboli jedinci o stejné diagnóze (která nemusí být vždy homogenní), mohou mít často různý temperament a různou psychosomatickou reaktivitu. To diagnózu individuálně rozšiřuje

VYHLEDÁVÁNÍ NOVÉHO - „AKCE“

U převahy vyhledávání nového (až vzrušení) je zaměření na aktivitu a akci. Tato dimenze má z části vztah k extravertizaci. Zatímco se říká, že protiklady se přitahují, u jedince s vysokým rysem vyhledávání nového platí spíše vrána k vráně sedá (Hamer a Copeland 2003). Ze začátku se může zajímat sice o partnera klidného, ale později se s ním někdy začne nudit a vyhledává nové vztahy. Rozvedení lidé mají vyšší míru vyhledávání nového. Člověk o nižším skóre vyhledávání nového do vztahu často přináší stálost. To, co ho ze

začátku přitahuje k jedinci vyhledávajícího nové, ho později může neurotizovat. Má-li s ním vyjít, je lepší mu dát volnost. Dva jedinci s vysokým tímto rysem však mohou mezi sebou soutěžit.

Nezvyklou kombinací je žena s vysokým tímto rysem a muž s nízkým. Je to proti všeobecné představě role ženy ve vztahu. V rodinném prostředí může být jedinec s vysokým rysem vyhledávání nového pokládán za excentrického, nezvladatelného. Rodina mu nerozumí. On nemusí rozumět členům rodiny.

Vysokou míru vyhledávání nového až vzrušení nacházíme u impulzivních osobností (častěji labilních extravertů). Hůře se učí ze zkušeností, trestáním se špatně vychovávají (menší citlivost na trest), touží nadměrně po odměně. To je v některých případech může dostat do rozporu se zákonem. Zbrkle a rychle se rozhodují (zejména ve stresu), mají nižší práh v reakci na podněty, sklon k okamžité emoční odplatě, kdy špatně regulují motorické reakce. Mají nižší tonickou sympatoadrenální aktivaci, což vyrovnávají výbušností v chování (Siever a Davis 1991, Irmiš 2007 a.). V psychoterapii je vhodná intrapsychicky orientovaná psychoterapie, limitované ocenění jejich akčně orientovaných sklonů se snahou o jejich převedení (vybití) na pozitivní činnost (např. sport). U dětí je vhodná nenásilná disciplína.

Z hlediska poruch osobnosti je to více vyjádřené u antisociálních (disociálních) až kriminálních jedinců s neschopností vytvořit citovou vazbu, menším pocitem viny, lítosti, svědomí (porucha superega), s častým využíváním ostatních. Je u nich větší agresivita a přehnané vyjadřování emocí, vzrušení z výhry. V psychoterapii je třeba vydržet zájem o jejich hrdinské činy, nevyhovovat manipulaci. Skupinová psychoterapie může poskytnout prostředí pro učení se vztahům a ukázání pozitivních modelů osobnosti. Pacienti mají často vhlad do problémů ostatních, ale ne do svých. V KBT je dobře se zaměřit na narušené postoje: co cítím je pravda, účel světí prostředky, ostatní lidé nic neznamení.

Vysoká hladina hledání nového a závislosti na odměně současně s nízkou hladinou vyhnutí se ohrožení je u hystriónských (až hysterických) osob. Vyžadují obdiv, pozornost, lásku, vyjadřují emoce teatrálně, mají konfliktní vztahy, časté je sexuální provokování. Potřebují volnost a nezávislost (carpe diem). V terapii spolupracují, mají zájem o psychoterapeuta. Psychodynamická terapie vede k otevření, ve skupinové se mohou snažit o centrum pozornosti. Mohou aktivovat pasivnější členy skupiny, iniciovat skupinové interakce. Někdy hrají oběti, které odmítají pomoc.

Některé temperamentové rysy se kombinují s emoční a afektivní nestabilitou, kterou nacházíme často u impulzivních, depresivních, hysterických jedinců a zejména u hraniční emočně nestabilní poruchy osobnosti. Neurofyziologie popisuje u dimenze afektivní nestability (Sever a Davis 1991) větší reaktivitu noradrenergního systému a větší cholinergní reakce. Vyskytuje se dispozice ke změně afektivního stavu, extrémní citlivost ke kritice, izolaci a očekávání různých situací. Chování je nepředvídatelné, zkratkovité a afektivní. To narušuje vztahy, které se nedají jednoduše měnit psychofarmakologií. Je sklon k drogové závislosti. Psychoterapie může ovlivnit dysfunkční vzorce chování a

maladaptivní zafixované interpersonální reakce, které vznikly jako obranné strategie afektivních stavů. Je třeba vydržet zlostné výbuchy, ukázat, o co je jejich reakce ochuzují.

Ukázalo se, že se nedědí špatné chování nebo agresivita, ale spíše genetická náchylnost k agresivitě. Platí zde tedy přirovnání. Špatné semeno pěstované v dobré půdě má celkem slušnou šanci vyrůst ve zdravou rostlinu. Špatné semeno ve špatné půdě však nevzklíčí. V asociálním prostředí mohou děti ochránit od problémů jen mimořádně dobré geny. (Hamer a Copeland 2003). Výzkum by měl být tudíž zaměřen na obě hlediska. Prostředí a výchova hraje roli v tom, zda jedinec vyhledávající nové zážitky a vzrušení (genetická dispozice) je bude vyhledávat slušnou nebo nemorální cestou.

VYHNUTÍ SE OHROŽENÍ – „INHIBICE“

U převahy dimenze vyhnutí se ohrožení (nebezpečí) je zvýšená anticipace nebezpečí. Je často u úzkostných poruch, až úzkostných osobností. Může se vyskytnout až deprese. Tito jedinci mají častěji různé psychosomatické potíže, které mají vztah k ANS. Většinou je zvýšená reaktivita ANS v různých jeho subsystémech (Irmíš 2007 a.). Jde spíše o labilní introverty. Nacházíme pasivně obranné a inhibované chování (stavěti se mrtvým broukem), větší citlivost na trest. Je strach ze spontánní aktivity a nesouhlasu. Někdy jsou pocity neurotické viny z věcí, za které nemůžou nebo z maličkostí.

Úzkost těchto jedinců nemusí být vázaná na vnější podnětové situace. Tato vlastnost je dědičná až v 70%, je jednou z nejstabilnějších rysů temperamentu, a již v dětství se projevuje plachostí. Stresem je zvyšována. To však neznamená, že se tento rys nedá do určité míry psychoterapeuticky ovlivňovat. Je vhodná KBT zaměřená na redukci nadměrné úzkosti, relaxace, desenzibilizace. Dále psychodynamická psychoterapie k poznání dříve prožitého konfliktu, který může udržovat obranné vzorce chování. U dětí je vhodné nenásilné povzbuzování k samostatnosti a pochvala. Tito jedinci touží častěji po soucítění a potřebují trpělivost. Tato vlastnost v dospělosti není rozhodující při vybírání životního partnera. Partneři mohou mít různou míru této dimenze.

Převaha tohoto rysu se vyskytuje též u vyhýbavých, introvertovaných, nerozhodných osobností, obávajících se odmítnutí a kritiky. Kontrolují se ve vztazích, jsou citliví na kritiku. Je zde větší reaktivita sympatického nervového systému. Je na místě povzbuzování a ochranný postoj terapeuta. KBT by se měla zaměřit na redukování katastrofických představ a na sebedoceňování. Vhodné jsou expozice, relaxace, desenzibilizace, asertivita, hraní rolí.

U závislé submisivní osobnosti, která se spoléhá na druhé (nechává kontrolu na autoritě) a hledá ochranu, je strach z nového a z nesouhlasu. Tito jedinci hůře říkají „ne“, jsou tolerantní, rádi si nechají poradit. Ochotně spolupracují v atmosféře přijetí. Je vhodné hledat, z čeho mají strach při nezávislosti, zkoušet nové způsoby interakce. U KBT, která může být lehce direktivní, je

vhodné se zaměřit na bezmocnost v určitých situacích, snahu hledat podporu, dichotomické myšlení (samostatnost nebo úplná nezávislost).

Perfekcionistické až obsedantní (nutkavé), nerozhodné, zásadové osoby, se snaží velkou svědomitostí, pílí, podrobností a opatrností vyhnout životním ohrožením. Superego je neustále kontroluje (svědomitost v morálce). Nevidí hodnotu citového života, bojují více proti „zlu“ než za „dobro“, jsou konzervativní. Líčí vše podrobně, jsou zaměřeni na detaily. Často jsou mezi nimi workaholici. Je u nich podle Cloningera zvýšená míra perzistence (vytrvalost, perfekcionismus, horlivost). Tito jedinci vyhledávají pomoc, až když jsou v krizi a potřebují udělat určité rozhodnutí. Ve skupinové psychoterapii jsou modelem spolehlivého jedince a vzhledem k soutěživosti mohou vystupovat až jako terapeut. KBT se zaměřuje na jejich velkou snahu udělat dokonalé rozhodnutí (musím být perfektní), na snížení nerozhodnosti, a na dichotomické rozhodování - je to dobré nebo zlé.

OSTATNÍ TEMPERAMENTY

Málo vyjádřené tři zmiňované dimenze jsou u výrazně introvertovaných až schizoidních, sociálně izolovaných (až emočně chladných), zdrženlivých jedinců. Mohou být lhostejní vůči pochvale i kritice. Odpovídají stručně a úsečně. Může být až averze k ostatním. Je obtížnější použít empatický přístup. Nemusí dobře rozumět motivacím a emocím jiných osob, zejména v novém prostředí. Je-li tento rys více vyjádřen, mohou tito jedinci hůře vnímají strategie různých sociálních interakcí. Často je porucha kognitivně percepční, zhoršená pozornost. Je třeba vytvářet atmosféru trpělivosti, uznání, bezpečí (trpí někdy úzkostí a depresí). V individuální a skupinové psychoterapii je vhodný trénink sociální zručnosti a asertivity. Mohou zůstat ve skupině izolovaní.

Oproti tomu všechny tři systémy silně vyjádřené má pasivně agresivní temperament. Může se vyznačovat neústupností, pasivní rezistencí vůči požadavkům jiných, otálením, konflikty s nadřízenými. V terapii je vhodné nabídnout pacientovi, aby si vybral sám možnosti řešení.

Každý temperament se projevuje v individuálním stylu činnosti a má své přednosti i nevýhody. Může mít vztah ke schopnostem (rychlost reakce), anebo nemusí (hudební sluch). Nejlépe se adaptují na většinu zátěží jedinci, kteří mají průměrnou sílu všech dimenzí. Jedinec s vysokým rysem vyhýbání se poškození se při delším stresu rychleji stane úzkostně depresivním a častěji bude mít psychosomatické potíže. Současně se většinou sníží dimenze hledání nového. Je zde tedy určitá možnost změny některé dimenze v závislosti na změně dimenze jiné.

Stručně naznačím tuto dynamiku u výchovy dětí. Jestliže je dítě s vysokým rysem hledání nového a nízkým vyhnutí se ohrožení podrobena soustavné nenásilné (!) disciplíně, méně často se u něj vyskytuje extrémní impulzivní a agresivní chování. Na druhé straně se u dítěte s vysokým rysem vyhnutí se ohrožení a závislosti na odměně snáze rozvine chronická úzkostnost

následkem častých averzních nebo hostilných situací, kde se nedá dobře odlišit ochrana a ohrožení. Anebo se objeví reaktivní deprese z frustrace, když chybí uspokojení z odměny.

PSYCHOANALYTICKÉ HLEDISKO

Nakonec se zmíním o pozorování psychoanalytika Riemana (1999), které se týká vztahu a přitažlivosti některých osobností, které jsou ovlivňovány též temperamentem. Svůj psychodynamický pohled popsal již v r. 1961 v knize „Základní formy strachu“. Jde o utřídění z pozorování variability sociálních interakcí a psychoanalytické terapie. Podle Riemana se navzájem přitahuje osobnost obsedantní, která usiluje o stálost (obává se změn) s osobností hysterickou, která se stálosti obává a má ráda proměnlivost. Při vyhraněnějších rysech dochází často ke konfliktům, protože obsedantní jedinec chce partnera formovat podle své představy (spolehlivost, přesnost), zatímco hysterický má strach z omezení, nevyhnutelnosti, z čekání a potřebuje se odreagovat podle momentální situace. Hysterické osobnosti spíše vyjdou s depresivní osobností (která je spíše obdivuje), zatímco schizoidní jedinec je většinou prohlídne a neobdivuje. U dvou vyhraněných hysterických osobností dochází často k rivalitě, stejně tak jako u dvou impulzivních jedinců. Podle Riemana se též přitahuje osobnost schizoidní s depresivní. Schizoidní jedinec se obává závislosti z odevzdanosti, blízkých vztahů, snaží se být soběstačný. Oproti tomu depresivní člověk má sklon k sebeodevzdanosti, touhu po blízkém kontaktu a má strach z izolace a ztráty bližních. Ríman píše, stručně řečeno, že dvě struktury osobnosti, které se doplňují jako protiklady, se navzájem instinktivně přitahují. Jako bychom, skrze příslušný opačný typ, chtěli dospět k úplnosti, která nás má osvobodit z naší individuální jednostrannosti, a najít na partnerovi to, co nám schází. To však znamená druhého chápat, a ne se ho snažit přimět, aby šel naší cestou.

Snažil jsem se naznačit jak temperament může zasahovat do sociálních interakcí, jak je důležité poznat z tohoto hlediska sám sebe i druhého. To vede k většímu porozumění v partnerství, rodině, skupině. Každý temperament může hrát v určitých podmínkách kladnou úlohu, v jiných zápornou. Jeho poznání je tak jedním z mostů pro porozumění složitých bio-psycho-sociálních vztahů.

Literatura:

Cloninger, CR, Svrakic, DM, Brzybeck, TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch. Gen. Psychiat., 1997, 60, 975-990

Eysenck, H.J: The biological bases of personality. Springfield : Charles C. Thomas Publisher, 1970, 399 s.

Hamer, D., Copeland, P.: Geny a osobnost. Biologické základy psychiky člověka. Praha „Portál“, 2003, 352 s.

Irmiš, F.: Temperament a autonomní nervový systém. Diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie. Galén 2007, 204 s, a.

Irmíš, F.: Když dítě zlobí. Meduňka 2007, č.6, 15-16, b.

Laneová, M.O.: Jste introvert? Jak prosperovat ve světě extravertů. Ikar, 2006, 384s.

Praško, J. a kol.: Poruchy osobnosti. Portál 2003, 360 s.

Rieman F.: Základní formy strachu. Portál, 1999, 200 s.

Robinson, DJ.: Poruchy osobnosti podle DSM-IV vysvětlené. Trenčín: Vydavatelstvo F, 2002, 138 s.

Siever, I.J., Davis, K.I. : A psychobiological prospective on the personality disorders. Am. J. Psychiatry, 1991, 148, 1647-1658.

Smékal, V.: Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister a Principál , 2004, 524 s.

kontakt: irmis.felix@cbox.cz

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

IVAN VONDŘICH: MOJE ZKUŠENOST

S BÁLINTOVSKÝMI SKUPINAMI



Na liberecké Psychosomatické konferenci v letošním roce a stejně tak v nově vyšlé monografii německých autorů s názvem Základní psychosomatická péče se hodně hovoří o bálintovských skupinách. Protože jsem měl pocit, že se od těchto skupin očekává něco jiného, než co podle mojí zkušenosti poskytují, rozhodl jsem se napsat toto svoje sdělení.

Bálintovské skupiny jsem navštěvoval několik let pod vedením zkušených bálintovských vedoucích. Jednalo se o pravidelné skupiny se stálým složením účastníků, konané jednou měsíčně. Vzhledem k tomu, že jsem chodil dlouho, skupina se několikrát obměnila. Nebudu zabíhat do podrobností, nicméně alespoň zkratkovitě o historii a vlastním průběhu bálintovské skupiny. Tento způsob práce zavedl analyticky orientovaný psychiatr maďarského původu Michael Balint. Skupiny byly určeny pro praktické lékaře a sloužily k reflektování složitějších či nesrozumitelných vztahů mezi lékařem a pacientem. K tomuto účelu slouží dodnes, i když je v současné době navštěvují nejen lékaři, ale i ostatní pomáhající profese jako psychologové, speciální pedagogové, duchovní či zdravotní sestry. Struktura setkání je pevně daná. Nejprve některý z účastníků referuje o případu a specifikuje, na který aspekt se chce zaměřit, co je pro něj problematické. Pak ostatní účastníci si cílenými otázkami dotvoří pro sebe celý případ. Poté ten, kdo přinesl případ mlčí a již se nezapojuje ani komentáři či odpověďmi, ani dovysvětlováním

souvislostí. Ostatní referují o svých „fantaziích“, které k případu mají, o pocitech, které mají za referenta případu, pacienta či ostatní, kteří v případě hrají nějakou roli. Na konci skupiny se každý z účastníků vyjádří, co by dělal na místě referujícího. Skupinu ukončí referující svými poznámkami, postřehy, zhodnocením, co mu skupina přinesla, jaké nové aspekty nahlédl či co z reakce skupiny bylo pro něj nejpřínosnější. Vedoucí skupiny dbá na dodržování pravidel a pokud vidí něco, co je typické, co je obecné či nějak zajímavé, upozorní na to skupinu.

Na bálintovské skupině je zajímavé, že ačkoliv účastníci skupiny neznají aktéry případu, případ znají jen ze subjektivního pohledu terapeuta a nejsou na případu nijak jinak zainteresovaní, přesto se vytvoří něco, co se obtížně popisuje a ještě obtížněji vysvětluje. Těžko říci, jaký mechanismus umožňuje přenášet atmosféru, postoje, či emoce z případu do kruhu bálintovské skupiny. Vzniká atmosféra, která je svou dynamikou, tempem, vzájemným porozuměním či neporozuměním, vznikem různých emocí, dialogů mezi účastníky, potřebou či nepotřebou se vyjadřovat, ovládat a mnoha jinými aspekty, pro daný případ typická a pro mě v mých začátcích přímo ohromující. Něco podobného jsem zažil později při stavbě rodinných konstelací. Pro mě osobně byly bálintovské skupiny místem mé pracovní psychohygieny. Současně jsem měl možnost se něco dozvědět o sobě, svých chybách, bílých místech či oknech v terapii, které jsou konkrétní a v každém daném případě prakticky použitelné. Nicméně i jako účastník řešení případu jiného pomáhajícího jsem měl možnost pozorovat svoje reakce, představy, emoce patřící případu a ve srovnání se svými běžnými reakcemi zase více poznávat sebe. Pokud jsou účastníci skupiny stále stejní, a nejedná se např. o víkendové jednorázové semináře, hraje zde i roli skupinová dynamika jako u všech ostatních skupinových aktivit. Nicméně, pokud se dodržují pravidla, efekt je stejný, ať je složení skupiny jakékoliv. Zažil jsem skupinu, kde účastníci byli jen lékaři a psychologové, ale zažil jsem i skupinu, kde byli společně lékaři, psychologové, speciální pedagog, zdravotní sestra a pracovnice zařízení pro bezdomovce a v obou případech byl výsledek srovnatelný.

Bálintovská skupina je, ač to na první pohled není zřetelné, náročná na vedení. Je třeba, aby vedoucí skupiny měl dostatek pevnosti, aby udržel na uzdě všechny přítomné, současně měl dostatek citlivosti, aby do vedení semináře šetrně zasahoval a současně byl schopen se soustředit a vnímat atmosféru skupiny a pak byl schopen to podstatné zdůraznit či některé aspekty zobecnit. S tím souvisí i určitá ukázněnost frekventantů a schopnost se podřídit vedení. Podle mých zkušeností nejsou všichni tohoto ukáznění schopni. Pokud ale nedodržují pravidla všichni, efekt se nedostaví, atmosféra případu se nekoná. Pokud vedoucí připustí, aby docházelo k porušování pravidel, změní se bálintovská skupina v něco, co připomíná intervizi, supervizi, vzájemnou podporu, agitku, teoretickou aplikaci psychoterapeutických pravidel určitého směru na případ či v horším případě obyčejné klábosení.

Bálintovská skupina podle mého mínění není, jak jsem již zmínil výše, supervizí či intervizí. Není ani kolegiální diskusí nad případem, jakou jsme zvyklí vídat v nemocnicích. Podle mého mínění v žádném případě nenahradí sebezkušenost získanou na několikaletém výcviku v některém z psychoterapeutických směrů. Během bálintovských skupin si účastníci neosvojují nějaké předem stanovené teoretické znalosti či praktické terapeutické dovednosti. Skupina nemá teoretické zázemí v žádném konkrétním psychoterapeutickém směru a účastníkem skupiny může být současně analytik, gestalt terapeut, rodinný terapeut či kdokoliv jiný bez psychologického vzdělání.

Já osobně mám se svojí účastí v bálintovských skupinách velmi dobrou zkušenost. Řádně vedené bálintovské skupiny mohou každému vřele doporučit a pokud je záměrem představitelů české psychosomatiky využít výše uvedené přednosti bálintovských skupin pro rozvoj psychosomatiky v naší zemi, budu velmi rád.

V Praze 19.5 2008
MUDr. Ivan Vondřich

Z PRAXE

MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST IX: KÁMEN V ŽALUDKU.



Zkušená psychoterapeutka na psychosomatickém oddělení nemocnice v německém Pohořelci představila na bálintovské skupině svou pacientku ze dvou důvodů: zaprvé se k ní nemůže dostat skrze její hladkou a stále úsměvnou fasádu, jež neumožňuje rozhovor o možných problémech, které by ozřejmily její symptomatiku a problematiku a umožnily dohodu na společné psychoterapeutické práci – a zadruhé

pacientka stále více hubne, a tak si není jistá, zda by jí odkrývající psychoterapie prospěla. Vlastně byla kvůli hubnutí – nyní má BMI 17 – poslana ambulantní psychoterapeutkou do nemocnice, kde tento proces přes pravidelnou a individualně připravovanou stravu postupuje dále.

Pacientka si to vykládá jejími žaludečními potížemi, které líčí jako pocit kamenu v žaludku, okolo něhož to žhne, takže si musí dávat na břicho

studené obklady. Bolesti začaly před dvěma roky ihned po autonehodě, sama byla spolujezdkyní, nikomu se nic vážného nestalo, vinu mělo protijedoucí auto. Vzpomněla si, že chtěla v tom okamžiku řidičce onoho auta vynadat, avšak když uviděla, že se jedná o starou paní, tak tento impuls potlačila. Od té doby chodí po doktorech, avšak opakované vyšetření nepřineslo žádný objektivní patologický nález. Teprve po dvou letech byla doporučena k psychosomaticky orientované psychoterapeutce. Pacientka ovšem nechápe, co od ní psychoterapeuti, a zde i spolupacienti v terapeutické skupině, chtějí, vždyť žádné problémy nemá, pracuje jako vedoucí sekretářka a zaměstnavatel je s ní spokojený, v rodině je též vše v pořádku, žádné negativní pocity, jež by musela potlačovat, k nikomu nemá. Též nenacházíme nic problematického v jejím životopise, a to, že byla maminka velmi přísná souvisí s jejím povoláním učitelky.

Dotazy členů Balintovské skupiny nepřinesly mnoho nového, spíše se jen potvrdil ambivalentní vztah terapeutky k pacientce, k níž například dodala, jak vyžaduje před každým termínem alespoň hodinu času, aby se mohla upravit, vše na ní musí perfektně sedět. Taktéž ji frustrovalo, že si pacientka dává na břicho studené obklady, ač dle jejích zkušeností by k uklidnění žaludku spíše pomohly teplé zábaly.

V další fázi diskuse se její účastníci ponejvíce zabývali fasádou pacientky, srovnávající jí s hradbou či s tlustou zdí, na kterou terapeutka marně škrábe – a tím více se ta zeď brání. Za onou fasádou si pak představovali jednak nejistotu, sebepochybnosti, které musí být hned v zárodku vytěsněny, a jednak nevypočitatelné emoce, které by mohly narušit její perfekcionistický sebeobraz, její sebekontrolu. Též zaznělo i podezření, zda neužívá pacientka laxantia, tajně nepodvádí tak jak je to obvyklé o anorektických pacientů. Většina kolegů udávala komplementární protipřenosové pocity bezmoci a bezradnosti, ale i antipatie.

Referentka se cítila zpětnými vazbami členů skupiny potvrzena ve svém obrazu, který si o pacientce udělala, jen se podivila nad líčením jejích žaludečních obtíží. Pakliže vyjadřují současný stav, či dokonce osobnost pacientky, pak by měl být největší žár ve středu, obklopen kamennou skořápkou, a nikoli naopak. Vždyť jde právě o to, že petrifikuje své emoce, které se nesmí dostat na povrch.

Jeden kolega na to zareagoval tím, že právě proto má pacientka potíže něco do sebe dostat, i v přeneseném slova smyslu, a druhý k tomu dodal, že tam možná leží nějaké staré trauma, jež bylo traumatickou událostí autonehody aktivováno.

Sám jsem k tomu dodal, že se trauma vyznačuje tím, že v důsledku jeho intenzity i náhlosti chybí obranná reakce, resp. jsou dosavadní obrany obejity, trauma pronikne do hloubky osobnosti a může nějaké staré trauma či něco, co je emočně izolováno aktivovat. Připomněl jsem i náznak emoční agresivní reakce po traumatu té řidičce vynadat, a tato reakce jí možná vyvedla z míry, musela být hned vytěsněna. Hovořili jsme dále o tom, že zřejmě došlo

k labilisaci dosavadní architektoniky (psychické rovnováhy) osobnosti, takže její úsilí směřuje k opětné reparaci, pacientka chce, aby bylo vše opět jako dříve, což však je sotva možné.

Dosavadní sebekontrola a její perfekcionismus byly traumatickou situací a její reakcí na ní vážně otřeseny, a celkové oslabení i věk této asi padesátileté pacientky vedou k oslabení obran proti impulsivně-emoční straně konfliktu.

Zeptal jsem se, zdali s tím může nějak souviset její porucha příjmu potravy. Hovořili jsme o tom, že se anorektičtí pacienti často snaží dokázat si svým restriktivním jedením pevnou vůli, mít vše pod kontrolou, odtud jsou pochopitelné i její studené obklady na břicho, jež je navíc i symbolem sídla emocí. Nejedním se však i oslabuje celý organismus, kterému se nedostává energie – i např. k vyjádření agrese, což se pacientce též hodí.

Sám jsem k tomu dodal, že onen kámen v žaludku může symbolisovat její chladnou matku, proti níž nesměla protestovat, což však bylo nyní oním traumatem aktivováno a což se snaží uhasit.

Na závěr jsem se zeptal, co je možné dělat: na jedné straně pacientka „nabízí“ skrze svojí symptomatiku svůj problém, na druhé straně se bojí emocionálního otevření.

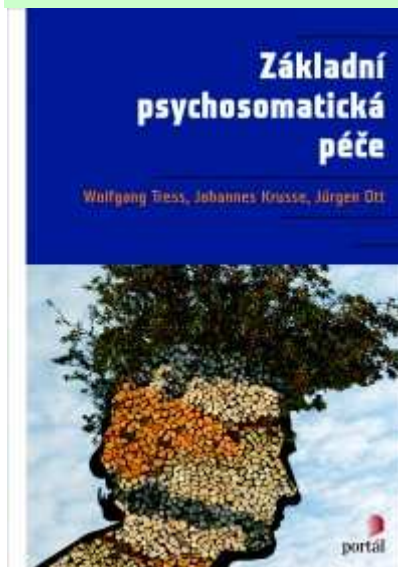
Dospěli jsme k závěru, že se mezi pacientkou a terapeutkou odehrává konflikt (v jistém smyslu jde o externalisaci intrapsychického konfliktu pacientky mezi její obranou a emocemi do interpersonální roviny): V současnosti směřuje veškeré úsilí pacientky ke stažení se, zatímco by si její terapeutka přála, aby se emočně otevřela.

Co je možno v této situaci terapeuticky dělat? Většina kolegů se přiklonila ke spíše zakrývající a podpůrné psychoterapii – zůstaly však pochybnosti o tom, zdali se tímto způsobem vyřeší její žaludeční potíže a hubnutí. Nevyjasněná byla i otázka, zdali se za tím neskrývá tendence po odškodnění, nejen za trauma autonehody, nýbrž i za nedostatek lásky s následujícím potlačeným emocionálním životem. Řekl jsem k tomu, že je někdy přirovnávána psychoterapie k judu: jde o to podchytit směr pohybu protivníka, zprvu jít též tímto směrem, a pak jej vést svým způsobem a dosáhnout překvapivého obratu. Zde by to znamenalo zdůraznit smysluplnost pacientčiny tendence po stabilisaci – a pak jí zprostředkovat, že neintegrovatost jejího emočního života do jejího prožívání bude její stabilitu spíše podryvat a ohrožovat. Kompatibilitu spontánní emocionality a akceptovatelného sebeobrazu jí může terapeutka zprostředkovávat i svým vlastním emočním chováním coby vzor v interakci s pacientkou.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický

TEORIE

JÜRGEN OTT, JOHANNES KRUSE A WOLFGANG TRESS: ROZHOVOR LÉKAŘE A PACIENTA



(z knihy Ott J., Kruse J., Ott W.: Základní psychosomatická péče, Portál 2008, publikováno se svolením nakladatelství)

Novým zněním psychoterapeutických směrnic ze dne 01.10. 1987 byla v Německu základní psychosomatická péče začleněna do péče hrazené zdravotními pojišťovnami. Obsahově je vymežována vůči lékařskému poradenství, lékařskému objasňování a vůči odborné psychoterapii.

Při poradenském rozhovoru jde o to informovat pacienta nebo jeho rodinné příslušníky o výsledcích vyšetření a poskytnout mu rady a doporučení s ohledem na možnosti léčby.

Při objasňování se v rámci dialogu mezi lékařem, pacientem a rodinnými příslušníky zpracovávají bio-psycho-sociální aspekty nemoci a možná terapeutická opatření. Zde se předpokládá dostatečná komunikační kompetence lékaře, která mu umožňuje vytvořit osobní kontakt, vnímat náladu a schopnost přijímat reakce pacienta a začleňovat tato pozorování do plánování cílených terapeutických opatření.

Základní psychosomatická péče klade na lékaře ještě vyšší teoretické, technické a interpersonální požadavky, které může získat v odpovídajících nabídkách zvyšování kvalifikace (viz. kapitola 31).

Lékař kvalifikovaný pro základní psychosomatickou péči má dle směrnic následující úkoly:

- vyjasňovat komplexní proces nemoci ve směru **celkové diagnózy**
- **doporučovat** léčbu, která odpovídá požadavkům aktuálního stavu nemoci
- **psychoterapeutickými opatřeními** (verbálními intervencemi, nácvikovými a sugestivními technikami) při současném zahajování a pokračování nezbytné somatické a farmakologické léčby
- dosahovat omezených **terapeutických cílů** (odstranění symptomu, zprostředkování vzhledu do patogenních souvislostí, nutnost profylaktického přeorientování se)

Dříve, než představíme speciální diagnostické a psychoterapeutické úkoly a možnosti v rámci základní psychosomatické péče, uveďme nejprve některé základy týkající se praxe vedení lékařského rozhovoru.

4.1 Rámcové podmínky a provádění lékařského rozhovoru

Lékařský rozhovor

Příprava

- Třídění informací
- Koncipování rozhovoru

Zahájení

- Přivítání
- Nabídnutí místa
- Strukturace očekávání
- Vytváření uvolněné atmosféry

Řízení průběhu rozhovoru

- Otevřené otázky
- Uzavřené otázky
- Dodatečné otázky
- Zpětné dotazy
- Oslovování, diferencování a vyjasňování pocitů
- Konfrontování
- Shrnování
- Změna tématu
- Nonverbální intervence

Ukončení

Pro *přípravu* rozhovoru se doporučuje, aby si lékař utřídil stávající informace, které má k dispozici (např. různá doporučení, přinesené podklady, záznamy z předchozích rozhovorů, cyklicky-maladaptivní vztahový kruh – CMP), vnitřně se nastavil na pacienta a cíle nadcházejícího rozhovoru (první setkání, opakované setkání z důvodu akutního zhoršení, první nebo následné terapeutické sezení, společný rozhovor s rodinnými příslušníky), připravil zasedací pořádek a zajistil, aby probíhající rozhovor nebyl rušen.

Po přátelském *přivítání* nabídne lékař pacientovi místo. Přitom je nutné dbát na to, že jako vhodný zasedací pořádek se osvědčily vzdálenost cca. 1 až 2 metry a usazení přes roh (tedy pod úhlem 45 °). Na začátku rozhovoru je

nutné, aby se lékař s pacientem ujednotili na vzájemných *očekávaních*, to znamená, že lékař informuje pacienta o pravidlech terapie (možná přání, časový limit, způsob vedení záznamů, např. nahrávání, video).

Celková koncepce (atmosféra místnosti, v níž se rozhovor vede, způsob pozdravení, přátelská mimika, uvolněně-nakloněný postoj, střídání gest, jasná časová a prostorová strukturace) přispívá podstatným způsobem k tomu, aby se lékaři podařilo vytvořit uvolněný, nakloněný a pacienta respektující vztah. Atmosféra by měla být určována přirozeným zájmem, obezřetností, taktem, porozuměním a podporou. Důvěra vzniká na základě četných mikrofaktorů: způsobu navazování kontaktu, výměně pohledů, podávání ruky, osobního vyzařování, naslouchání bez hodnocení, projevování zájmu i uspořádání místnosti, v níž se rozhovor odehrává.

Pro *formování* rozhovoru má lékař k dispozici následující verbální a nonverbální **formy intervence**:

Otevřené otázky otevírají pacientovi prostor, aby mohl odpovědět volně více větami. Lékaři slouží k tomu, aby se seznámil s pacientovými očekávaními a teoriemi vzniku jeho obtíží i s jeho představami o cílech a formách léčby.

Výzkumy týkající se lékařského rozhovoru ukazují, že otevřené otázky jsou kladeny pouze zřídka. Mnoho lékařů prožívá klidné naslouchání po položení otevřené otázky jako náročný, nepříjemný a úzkost vzbuzující požadavek.

Otevřené otázky se používají v následujících situacích:

- k zahájení rozhovoru (např. „Co Vás dnes ke mně přivádí?“)
- k rozšíření tématu (např. „Můžete mi o tom povědět víc? Co si sám myslíte o příčinách Vašich obtíží? Jaký způsob léčby jste si vlastně představoval?“)
- ke konkretizaci rozhovoru („Můžete mi dát nějaký příklad? Popište mi prosím situaci, v níž se obtíže znovu objevily!“)
- k zaměření se na pocity („Můžete mi prosím popsat, jak jste se v této situaci cítil? Mohl byste popsat tu úzkost trochu přesněji?“)

Uzavřené otázky zaměřují pozornost pacienta na ty aspekty, které jsou pro prozkoumání a vyjasnění problému podstatné:

Slouží k:

- *identifikaci* určitých aspektů tématu; vyznačují se tázacími zájmeny jako: kdo, kdy, co, kolik, kdy a čím (např. „Kdy se symptomy objevily poprvé?“)
- *výběru a diferenciaci* (nabídka dvou či více alternativ odpovědi), např. „Kde trávíte víkend raději, u svých rodičů nebo u přítelkyně?“ – „Mluvil

jste právě o svých pocitových reakcích. Ještě jsem tomu úplně dobře neporozuměl, byl jste rozzlobený nebo rozrušený?“

Otázky ano – ne. Tyto otázky dávají pacientovi volbu pouze mezi dvěma alternativami a měly by být používány spíše zřídka (např. „Ruší Vás to nahrávání? Byl jste už jako dítě úzkostný?“).

Problematiku uzavřených otázek je možné vidět v tom, že mohou pacienta za určitých okolností upevnit v jistém úhlu pohledu (je nutné se vyhýbat **sugestivním otázkám**, jako např. „Jako dítě jste již býval pravděpodobně také úzkostný?“).

Při častém používání otázek ano – ne, může docházet k únavné a málo přínosné hře otázek a odpovědí.

Otevřené a uzavřené **doplňující otázky** slouží k dalšímu vyjasňování, specifikaci či rozpracovávání ještě nepřesných, abstraktních, všeobecných či implikujících výroků pacienta. Ukazují zájem a přání ohledně informací. Motivují a podněcují pacienta k tomu, aby přesněji a diferencovaněji přemýšlel a informoval o sobě samotném, o svých vztazích a problémech. Zlepšují a aktivují společnou snahu o vyjasnění problémů. Např.: „Jak to myslíte? Můžete mi o tom říct něco víc? Máte ještě nějaké další důvody k tomu, abyste to předpokládal?“

Dodatečné dotazování by mělo být prováděno v přátelské a uvolněné formě, bez netrpělivosti či naléhání.

Pomocí **zpětných dotazů** se ověřuje:

- zda lékař pacientovi správně porozuměl (např. „Rozuměl jsem Vám správně: Už přibližně šest týdnů se Vám zdá nápadné...“)
- popř. zda pacient pochopil další diagnostické kroky popř. léčebná opatření (např. „Nejsem jsi jistý, zda jsem se vyjádřil srozumitelným způsobem.“ – „Řekl byste mi prosím ještě jednou, jak bude přesně vypadat zamýšlená uvolňující terapie?“)

Zpětné dotazování slouží k ověřování porozumění a pozitivně působí na vztah mezi lékařem a pacientem. Pacient registruje čilý zájem a snahu o sladěný dialog. Zpětné dotazování by mělo být používáno systematicky v krátkých časových úsecích.

Oslovování, diferencování, vyjasňování a omezování pocitů

Zvláštní význam má zjišťování, identifikování, pojmenovávání a vyjadřování různých pocitů pacienta.

Mezilidské pocity (jako radost, zloba, hněv, smutek a další) mají význam pro orientování se v mezilidských vztazích a v jejich přiměřeném formování.

Sebereflektující afekty jako stud, vina a hrdost mají význam pro zacházení pacienta se sebou samým.

Dodatečné afekty jako resentment, zahořklost a zášť bývají často spojené s postoji a požadavky ohledně pomsty či odčinění a mohou podstatným způsobem blokovat proces terapeutické změny, takže při existenci těchto dodatečných afektů je ve většině případů nutná indikace odborné psychoterapie.

V neposlední řadě musí být rozhovor také strukturován a omezován, a to především tehdy, začíná-li býttlíčení doprovodných afektů či tělesné reakce příliš masivní nebo hrozí-li, že se situace dostane jiným způsobem mimo běžný rámec. V těchto případech je vhodné používat takzvané „talking-down“ - (utlumující) intervence, jako např. „Nyní ale raději pomaleji, já Vás přece ještě skoro neznám...“ nebo „Pokuste se prosím popsat mi to v klidu.“

Nonverbální intervence

Musíme si uvědomit, že každé jednání a mimické hnutí, celkové tělesné vzezření, poloha při sezení a modulace hlasu, každé umístění odpovědi a otázky, každá pauza i každé odkašlání, každé mlčení, přerušování rozhovoru i jeho podněcování mohou představovat určující intervence pro další průběh rozhovoru. Vztah mezi lékařem a pacientem se z velké části vytváří na základě nonverbálních komunikačních kanálů. Zapojení těla do rozhovoru probíhá na straně jedné prostřednictvím konkrétního pozorování periverbální tělesné komunikace, na straně druhé vnímáním vlastních tělesných hnutí. Tělesné vyjadřování představuje vždy také významné ilustrování, komentování a hodnocení vlastního vyprávění a může poskytovat odkazy na traumatické či konfliktní vztahové zkušenosti. Ve scénickém znázornění tělesného Já jsou tyto konstelace vyjadřovány i s konfliktností, která je v nich obsažena.

Shrnutí představuje techniku vedení rozhovoru, která může být použita během vyjasňování určitého tématu, po ukončení určitého tématu, na konci sezení i na začátku následujícího rozhovoru.

- Během rozhovoru zhuťňuje shrnutí v jasných a srozumitelných formulacích to, co pacient doposud vyjádřil. Přivádí pacienta jemně zpět k tématu, napomáhá vyjasňovat rozpory, ověřuje dosavadní stav informací, stimuluje k dalšímu rozvádění tématu, ověřuje vlastní vnímání a slouží ke kontrole porozumění mezi jednotlivými účastníky rozhovoru. Vyvolává souhlasné, rozvíjející, omezující i korigující postoje pacienta a tímto způsobem jej aktivně začleňuje do dialogu.

- Shrnutím na konci rozhovoru se lékař ujišťuje, že byly zjištěny podstatné skutečnosti a mohlo dojít k vzájemnému porozumění a shodě.
- Na začátku následujícího rozhovoru funguje shrnutí jako spojovací článek sloužící k opětovnému uchopení tématu i k jeho rozvádění.

Shrnutí by měl lékař vést v tázacím tónu, aby pacientovi usnadňoval zaujímání stanoviska, opravování se a rozvádění svých tvrzení i souhlas.

Speciálním případem shrnutí je **konfrontace**, při níž lékař klade ze svého hlediska rozporuplné výpovědi proti sobě, čímž odkrývá rozpor a podněcuje jeho vyjasňování (např. „Teď se mi to těžko chápe. Na jedné straně říkáte, že..., ale na straně druhé zase říkáte, že...“).

Změny tématu využíváme tehdy, pokud k danému tématu byly vysloveny veškeré podstatné informace, popř. tehdy, není-li v daném okamžiku pacient schopen žádné další informace poskytnout, a především pak tehdy, cítí-li se pacient dalším rozváděním tématu ohrožen, zneklidní-li, začne-li mlčet nebo dojde-li na jeho straně k náhlému ukončení rozhovoru.

Příklady: „Poté, co jsme spolu mluvili o Vašich problémech v zaměstnání, bych se rád ještě něco dozvěděl také o Vašich plánech do budoucnosti.“ – „Zdá se, že Vás rozhovor o nemoci Vašeho syna velmi vyčerpává, možná bychom v něm mohli pokračovat zase příště?“

Krátce před **ukončením** rozhovoru by měl lékař poukázat na čas, aby tak pacientovi umožnil připravit se na jeho konec. Je nutné předcházet tomu, aby lékař otvíral novou tematiku na konci rozhovoru, loučil se s pacientem ve spěchu nebo vedení rozhovoru prodlužoval. V závislosti na druhu rozhovoru jsou možné různé způsoby jeho ukončování:

- krátká zdvořilostní formulka
- shrnutí za účelem ověření porozumění
- pojmenování témat, o nichž se ještě nehovořilo, za účelem ujednání dalšího termínu
- dotázání se pacienta, jak se v průběhu rozhovoru cítil
- shrnutí léčebných kroků, které lékař společně s pacientem během rozhovoru dojednali

Krátký seznam některých hlavních chyb

- nedostatečné strukturování rozhovoru
- přetahování času, lékař ztrácí přehled

- mluví se příliš dlouho
- pauzy, v nichž se mlčí, jsou příliš dlouhé
- komplikované vyjadřování (odborný žargon, předvádění vlastních znalostí)
- sugestivní dotazování se, rétorické otázky
- lékař pacienta náhle přerušuje
- lékař se není schopen vyladit na pocity pacienta
- lékař ignoruje otázky pacienta
- lékař poučuje, ironizuje, znehodnocuje pacienta popř. druhé osoby
- lékař je příliš osobní a horlivě přitakává

4.2 Diagnostický rozhovor v základní psychosomatické péči

Diagnosticko-psychosomatický rozhovor se používá tehdy, pokud lékař při zjišťování somatické anamnézy a nálezů vnímá, že se na vzniku pacientových obtíží mohou výrazným způsobem podílet psychosociální faktory. Úkol tohoto rozhovoru spočívá v rozpoznávání intra- a interpersonálního poměru sil v jeho významu pro danou symptomatiku, to i s ohledem na možnou terapii.

K cílům patří:

- Zjišťování a odhadování podílů psychosociálních faktorů na vzniku a průběhu obtíží ve smyslu **celkové bio-psycho-sociální diagnózy**. Sem patří také vyjasňování tzv. psychické nadstavby, to znamená rozpoznávání dopadů určitého primárně zcela či převážně somaticky podmíněného onemocnění na prožívání a chování.
- Vyhотовování **vztahové diagnózy**, to znamená zodpovídání následujících otázek:
 - Jaký duševní a mezilidský význam obtíže mají?
 - V jaké či po které vztahové konstelaci se symptomy poprvé objevily (spouštějící situace)?
 - V jakých situacích se pacientovi daří lépe a v jakých se jeho obtíže naopak zhoršují?
 - Na jaké lidi mají obtíže nemocného nejvýraznější dopad a jakým způsobem se tak děje?
- Jak vypadá **cyklicky-maladaptivní vztahový kruh (CMP)** pacienta, to znamená:
 - Jaká otevřená a tajná přání, pocity a fantazie i reakce protějšku, které pacient očekává nebo kterých se obává, je možné odvodit z manifestního chování pacienta a z epizod, které líčí?

- Jaký obraz vzniká z pacientova líčení jeho manifestního a skrytého chování ve vztazích s důležitými vztahovými osobami?
 - Jakým způsobem reagují druzí lidé na toto chování?
 - Jaké reakce (tělesně-vegetativní vjemy, afekty, myšlenky, fantazie, představy, impulsy k jednání) vyvolává pacient v lékaři?
 - Jakým způsobem zachází pacient se sebou samým?
- Jaké představy má pacient o vzniku a možném zlepšení své nemoci? Co si o tom myslí jeho sociální prostředí? Co již učinil pacient sám či co udělali druzí lidé proti jeho nemoci?
 - Vyjasnění motivace pacienta a intrapsychických i interpersonálních předpokladů pro zvolenou psychoterapeutickou metodu (indikace a prognóza).

4.2.1 Předpoklady a provádění

Aby mohly být tyto diagnostické otázky vyjasněny, je nutné, aby se lékař nejprve seznámil na straně jedné s teorií a praxí různých vysvětlujících modelů (teorie změny, celostní model, interpersonální model) vzniku nemoci a setrvávání v ní (patogeneze) a dále setrvávání ve zdraví a jeho obnovování (salutogeneze) – viz kapitola 3, a na straně druhé si osvojil postoje a techniky vedení lékařského rozhovoru v rámci odborných výcviků – viz kapitola 4 a 32. Jde o to, aby lékař zaujímal během diagnostického rozhovoru různé **postoje vnímání**, a to pružným a citlivým způsobem, aby byl schopen současně vnímat biologické, ale také personální, interpersonální a sociální aspekty a byl je schopen integrovat tak, aby porozuměl obtížím, jejich vzniku i funkci a dále byl schopen je zmírňovat, odstraňovat a předcházet jim.

Nejobtížnější část představuje vnímání, reflektující chápání a diagnostické využívání tělesně vegetativních reakcí, pocitů, fantazií, myšlenek a impulsů na straně diagnostikujícího lékaře, které byly vyvolány pacientem a jeho různými vědomými i nevědomými přáními, očekáváními a přiřazováním rolí. V rámci sebezkušenostního výcviku zaměřeného na pacienta (Balintovská skupina) se může lékař seznámit se *standardními reakcemi*, které jsou odvoditelné z jeho životního a vztahového příběhu, aby byl poté v příslušném vztahu mezi ním a pacientem schopen lépe chápat své typické „vnitřní odpovědi“ a uměl je lépe využívat z diagnosticko-terapeutického hlediska.

Výchozí situace je často charakterizována tím, že pacient vyhledávající pomoc je přesvědčený o tom, že trpí tělesnou nemocí, kterou by chtěl vyjasnit a léčit. V případě, že doposud prováděná diagnostika nepřinese žádné dostatečné organické nálezy a lékař se bude chtít pečlivě věnovat psychosociálním a především interpersonálním aspektům obtíží, pak je nutné počítat s odporem nejrůznějšího druhu (nesouhlas, nedůvěra, obavy ze stigmatizace jako „psychicky nemocného“, pocit, že pacient není brán vážně). Aby bylo možné vytvořit takovou atmosféru rozhovoru, která na straně jedné

zohledňuje tento pacientův odpor, na straně druhé ale umožňuje společné zodpovězení výše uvedených diagnostických otázek, musí lékař zohlednit následující **základní interpersonální nastavení** pro vytváření důvěryhodného vztahu.

Účast: jde o pozornou a zájem vyjadřující náklonnost lékaře k pacientovi, o ochotu nechat se pocitově dojmout. Jde o aktivní naslouchání bez předsudků a o co možná nejobsáhlejší vnímání jak verbálních, nonverbálních a paraverbálních signálů a vztahových nabídek, které pacient s lékařem vyjednal, tak o vnímání vjemů, pocitů, myšlenek a impulsů k jednání, které lékař při interakci s pacientem registroval. Být pozorně vnímán znamená pro každého člověka důležité narcistické potvrzování.

Respekt: vůči druhé osobě, jeho osobnostní struktuře, jeho strategiím sloužícím ke zvládnutí života i k vypořádávání se s nemocí, a to včetně poruch. Jde o to, aby lékař respektoval pacienta v jeho zvláštnosti místo toho, aby moralizoval, hodnotil, znehodnocoval, vystupoval v roli jeho poručníka nebo se jím nechal ovládat.

Akceptování: jde o snahu podporovat vznik afektivní naladěnosti (zájem, péče) zaměřené na vztah a o porozumění pacientovu subjektivnímu způsobu naříkání si, zacházení s nemocí a s jejími následky. Je nutné, aby lékař chápal pacientovy maladaptivní vztahové vzorce jako výsledek jeho životního vývoje a jako způsob seberegulace a regulace vztahů, který je v současné době pacientovi dostupný, a tak jej emocionálně přijímal.

4.2.2 Průběh diagnostického rozhovoru

- Vyladění se a příprava na rozhovor s cílem co možná nejobsáhleji porozumět pacientovi a jeho problému a získat jej pro spolupráci.
- Vytvoření vhodné atmosféry, která pacientovi umožňuje, aby se cítil dostatečným způsobem chráněný, pochopený a přijímaný. Je nutné, aby lékař zajistil, že mezi ním a pacientem dojde ke shodě s ohledem na cíle, postup a dobu trvání rozhovoru.

Zahajovací otázkou („Co vás ke mně přivádí?“, „Jak se cítíte?“) dává lékař pacientovi prostor, aby svým způsobem (verbálně, nonverbálně, scénicky) přednesl důvod své návštěvy, a sice své obtíže, starosti, přání. Dalšími otevřenými otázkami, jako např. „Povězte mi o tom prosím trochu víc.“ nebo „Cítil jste ještě něco jiného?“ podněcuje lékař pacienta k tomu, aby vytvořil určitý druh mapy nebo také skici svých obtíží.

*V souladu s naším důkladně popsaným konceptem, v němž jsme psychogenní onemocnění vylíčili jako výraz určité poruchy interpersonálních procesů výměny a vyladování se, půjde v následujícím o to, abychom **maladaptivní vztahové vzorce** vyjasnili, pochopili a rozkryli jako výsledek biografického vztahového příběhu pacienta a jeho důležitých vztahových osob.*

Půjde tedy o zodpovězení následujících otázek:

- Jak vypadají zvnitřněná vztahová mapa a vzorce chování pacienta při zacházení se sebou samým a s důležitými vztahovými osobami na pozadí projevujícího se onemocnění, které je možné z této vztahové mapy odvodit?*
- Jakým způsobem byla ve spouštějící situaci destabilizována křehká rovnováha a jakou funkci má symptomatika v aktuálním vztahovém kruhu?*
- Jaká přání, pocity, impulsy a vzorce chování určují vztah mezi lékařem a pacientem v aktuální situaci rozhovoru?*

Pro řízení rozhovoru se používají intervenční techniky popsané v předchozím bodě. Pro lepší názornost diagnostického postupu odkazujeme na vzorový případ 1 (kapitola 3, str. 20). Tento případ na základě životního příběhu, přesněji vztahového příběhu jedné pacientky zřetelně ukazuje, jak se jí nejprve podařilo vytvořit v interpersonálních vztazích křehkou rovnováhu, která však byla nepružná a proto náchylná k poruchám, takže posléze v situaci vyvolávající symptomy došlo ke zhroucení dosavadního vztahového vzorce. Jako výsledek diagnostického procesu bylo možné znázornit cyklicky-maladaptivní kruh pacientky před a po dekompenzaci a na tomto základu dojednat společně s ní možné cíle terapie a přiměřený léčebný setting.

4.2.3 Ověření indikace

Indikace psychoterapie je v první řadě otázkou vyladění mezi očekávanými na straně pacienta a nabídkou terapeuta. Na základě informací, které lékař získal v rámci diagnostického rozhovoru, musí zvážit následující kritéria, aby na straně jedné – při zohlednění předpokladů pro aplikaci různých terapeutických metod a settingů – sám zvážil diferenciální indikaci popř. podnítil další vyjasňování prováděné psychoterapeutickým odborníkem, nebo na straně druhé ověřil otázku, jakou nabídku léčby by terapeut mohl či chtěl pacientovi v rámci základní psychosomatické péče učinit vedle somatické terapie nebo na jejím místě:

- na straně pacienta:**
 - tlak způsobovaný strádáním

- ochota spolupracovat
- vhléd do psychodynamických souvislostí
- míra vnímání sebe sama
- diferenciací afektů a schopnost verbalizovat
- schopnost snášet nejistoty a frustrace
- ochota ke změnám
- ochota k tomu být sám aktivní
- **na straně terapeuta:**
 - porozumění, respekt, emocionální přijímání a zájem o problematiku pacienta i o způsob, jakým se tento vypořádává se svým životem
 - motivace provádět léčbu tohoto pacienta
 - interpersonální a odborná kompetence pro léčbu daného pacienta

Vzorový případ 1

Do ordinace vstupuje starší žena v doprovodu sestřičky; žena působí úzkostlivě, nejistě a depresivně.

Na otázku: „Paní Millerová, delší dobu jste u nás nebyla. Co se vlastně stalo? Váš muž mi minulý týden již něco málo vyprávěl.“ (otevírající otázka), pacientka informuje lékaře o tom, že u ní před třemi týdny došlo k náhlému zhoršení zraku. Mezitím se tento stav ještě zhoršil. Oční lékař mluvil o poruše prokrvování, která není životu nebezpečná („bohudík“). Není však žádná naděje na zlepšení a podle očního lékaře se bude muset s tímto postižením vyrovnat (pacientka tiše pláče).

„Jaký dopad má tato postupující slepota na Vaši aktuální životní situaci?“ (vyjasňující otázka).

Pacientka informuje lékaře, že se již není schopna starat o domácnost a svého nemocného manžela (který trpí rakovinou prostaty) tak jako dřív. Její muž je velmi křehký a od doby, co trpí rakovinou, velmi choulostivý, „ale to přece víte“. Nedokáže si představit, že by jí její muž mohl v domácnosti pomáhat. Veškerou práci v domácnosti přenechával již dříve jí samotné. Její sestra jí sice nabídla pomoc, ale tu nemůže přijmout. Ta má přece dost svých vlastních problémů.

„A Vaše děti?“ (Pacientka má syna a dceru.) „Ach, ty mají dost svých vlastních starostí.“ (Tiše a zoufale pláče.) „Co nyní bude? Cítím se tak špatně.“

„Dobře rozumím Vaším obavám a Vašemu zoufalství, ale co přesně znamená to, že se cítíte špatně?“ (Identifikace a diferenciací afektů.)

„Jsem k ničemu, jsem všem jenom na obtíž, to se skoro nedá vydržet. Až neuvidím vůbec nic, tak se mnou bude konec. Můžete mi nějak pomoci?“

Mladá lékařka má soucit s úzkostně depresivní pacientkou, která působí tak bezmocně a zoufale. Ráda by pomohla, ale registruje také tiché „pozor“.

Příběh jí připomíná její matku, která od ní neuměla přijmout žádnou pomoc, opakovaně docházelo k nepříjemným stresovým situacím.

Následně se lékařka pokouší – při využití svých znalostí o vztahových vzorcích a způsobech vypořádávání se s obtížemi, které získala v rámci dlouholeté praktické lékařské péče o vlastní rodinné příslušníky – vytvořit cyklicky-maladaptivní vztahový kruh (CMP; viz schéma 4-1), který byl destabilizován onemocněním očí a jeho psychosociálními následky.

Z dalších rozhovorů pak pro ni vyplývá následující situace: z důvodu výrazného zhoršení zraku již pacientka není schopna praktikovat interakční chování, které je pro ni charakteristické (prosazovat se vůči druhým lidem, aktivitou a kontrolou utvářet vztahy a být dominantní, aby se mohla cítit jistá a suverénní.) Místo toho je náhle odkázána na pomoc a podporu druhých. Tuto závislost prožívá s velkou úzkostí, obává se toho, že bude kontrolována a ovládána. Pro její obraz sebe samé to znamená být slabá, stará a nemít žádnou hodnotu.

Po ukončení diagnostického rozhovoru informovala lékařka pacientku o svých hypotézách a učinila jí návrh léčby. Sdělila jí, že na základě výsledků vyšetření od očního lékaře je nutné s velkou pravděpodobností počítat s trvalým zásadním zhoršením zraku, takže pacientka bude muset z důvodu postižení využít odpovídající formy pomoci.

Na základě cyklicky-maladaptivního vztahového kruhu sděluje lékařka pacientce citlivým způsobem domnělou souvislost depresivně-úzkostné symptomatiky se zhroucením jejích dosavadních strategií, které využívala pro utváření vztahů a vypořádávání se s životními obtížemi. Náhle a neočekávaně prožívaná bezmoc a závislost jsou ve výrazném rozporu s jejími celoživotně úspěšně používanými strategiemi, při nichž si zajišťovala autonomii, nezávislost a pocit vlastní hodnoty tím, že byla aktivní, přijímala zodpovědnost za sebe i druhé a kontrolovala je. Její pocit vlastní hodnoty vychází z potvrzování si vlastního výkonu, přičemž se současně zříká podpory ze strany druhých. Pocity a potřeby musí být potlačovány a kontrolovány. Nemoc jí umožnila, aby projevila bezmocnost, úzkost a depresi jako symptomy určité poruchy. Skrývány jsou však s tím spojené pocity studu. Z důvodu výrazného zhoršení zraku a z něho vyplývající nejisté budoucnosti je možné dostatečným způsobem pochopit depresivně-úzkostnou symptomatiku.

V terapeutických rozhovorech by mohlo jít vedle úvodní medikace sloužící ke zmírnění úzkostně-depresivního rozladění o to, aby lékařka společně s pacientkou ověřily tyto předpoklady a vypracovaly přiměřené strategie, pomocí nichž by pacientka mohla nakládat s touto neočekávanou životní situací: umět přijímat pomoc a podporu, aniž by musela prožívat pocity příkoří, malosti a méněcennosti (pocity studu a viny!). Lékařka s pacientkou dojednály, že se k těmto rozhovorům budou scházet jednou týdně.

Díky celkem 20 rozhovorům v délce trvání 20 minut, s frekvencí jednou týdně a při využití úvodní medikace bylo dosaženo výrazného snížení úzkostně-depresivní symptomatiky. Pacientka byla schopna v rostoucí míře přijímat proměněnou životní situaci, jež byla způsobena zhoršením zraku, a také využívat odpovídající nabídky pomoci. Snažila se zrelativizovat perfekcionistické postoje při vedení své domácnosti „a opouštěla své puntičkářství“. Velmi pozitivně se projevil vliv žen z jejího kuželkového klubu, které jí již dříve podněcovali k tomu, aby se účastnila zájezdu na ostrov Mainau. Vydařený skupinový výlet posílil její pocit vlastní hodnoty tak, že si byla schopna představit, jak se i přes úbytek zraku může i nadále aktivně účastnit sociálního života. Také lékařku podnítil pozitivní průběh léčby k tomu, aby se ve své všeobecné lékařské praxi pokoušela o další kroky v oblasti základní psychosomatické péče.

Schéma 4-1 Cyklicky-maladaptivní vztahový kruh pacientky ze vzorového případu 1

Blokovaná přání a obavy pacientky:

Přání: bezpodmínečná náklonnost a láska.

Obavy: afektivní odstup, odmítání a znehodnocování jak jej dříve opakovaně prožívala u své vlastní matky, pocitovou náklonnost a blízkost hodnotila jako znak slabosti a bezmocnosti.

Interakční chování pacientky:

Nepodmíněnou lásku a náklonnost se pokouší získat výkonem, aktivitou a obětováním se pro druhé. Nereagují-li druzí přiměřeným způsobem, zvyšuje svoji námahu.

Místo toho, aby přiměřeným způsobem projevovala potřeby a pocity, neotevívá se a působí nezištně.

Re-akce druhých:

Její aktivitu a obětování druzí nejprve přijímají, posléze to však vede k tomu, že jejího postoje využívají a sami přecházejí do pasivity (manžel, děti), protože jejich snahy nikdy neodpovídají nárokům pacientky.

Na její afektivní neutralitu a uzavřenost reagují druzí nejprve pohněvaně, následně však s narůstající lhostejností.

Vztahování pacientky k sobě samotné a zacházení pacientky se sebou samotnou:

Pacientka má sklon k tomu potlačovat a kontrolovat pocity a potřeby náklonnosti, blízkosti a lásky. Samostatnost a soběstačnost, nezávislost a vysoký výkonnostní ideál charakterizují její ideál sebe samotné. Závislost, bezmoc a nedbalost znamenají selhání a méněcennost, které jsou svázány s pocity studu a viny.

NABÍDKY

NABÍDKY MÍSTA PRO TERAPEUTY

Zaměstnám atestovaného psychiatra na 0,2-0,3 úvazku v Praze 5 (Smíchov). Zaměření na neurotické poruchy a psychosomatiku. Perspektiva převzetí praxe 0,5. MUDr.Felix Irmiš tel. 603769842

Pozor! Pozor!! Pozor!!!

Středisko pro děti a mládež v Praze 12 - Modřanech přijme muže - terapeuta se zájmem o spolupráci s dětmi a s rodinami, nejlépe na celý úvazek. Je tam velmi dobrý tým - nevíte o někom? pište na adresu: stredisko.rieger@seznam.cz

Zdeněk Rieger

SBORNÍK: VÝVOJ V IMAGINACI, IMAGINACE VE VÝVOJI

Vážení kolegové,

Dovolujeme si Vás upozornit, že Česká společnost pro KIP vydala sborník referátů z loňského mezinárodního kongresu pro KIP v Praze „**Vývoj v imaginaci, imaginace ve vývoji**“ (český překlad; originál vydalo nakladatelství Pabst). Cena je 350 Kč/1 výtisk. Z obsahu: Objektívní vztahy, symbolizace a psychosomatika, Uznání marnosti - o hněvu, Krizová intervence a KIP, Psychovegetativní uvolnění jako bazální terapeutické agens KIP, „Most přes rozbouřené vody“ – imaginace jako most v terapii adolescentů a mladistvých ...

Možnost osobního odebrání sborníku je u těchto kolegů:

Ostrava – Dr. Bajger, Brno – Dr. Běťák, Mgr. Jan Dufek, Praha – Dr. Pelková, Dr. Brodová, Dr. Kulísek.

Možnost zaslání poštou: objednávka přes email: kip2@ post.cz, poštovné a balné 90,- Kč.

TERAPEUTICKÉ POBYTY V PL HAVLÍČKŮV BROD

V Havlíčkově Brodě dne 26. 6. 2008

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o **šestidenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím "školním" roce 2008/2009:

Uzavřený program „N“:

- 9.9./vyjím.úterý!/ – 17.10.2008
- 3.11. – 12.12.2008
- 12.1. - 20.2.2009
- 9.3. - 17.4.2009
- 4.5. - 10.6.2009 /vyjím.středa!/

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

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

Kontaktní osoba (terapeut): prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 12 a DS e-mail: 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 zvládání 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

POZOR! Program „D“ nebude mít vypsané fixní termíny, bude se otevírat dle potřeby, většinou do něho budou zařazeni pacienti alespoň po krátkém týdenním či dvoutýdenním diagnostickém pobytu, pacienti, kteří projdou otevřeným programem na oddělení či jiní hospitalizovaní pacienti na odd.12. Přímo do něho budou zařazeni pacienti jen vyjímečně. Průběžně lze posílat dr Drozdovi doporučení vhodných pacientů pro tuto péči, dr Drozd se pak domluví přímo s pacientem na další formě kontaktu.

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, program je obohacen asertivním tréninkem, relaxačními metodami, arteterapií, muzikoterapií, hathajógou a cvičením v bazénu.*

Kontaktní osoba: mgr. Tomáš Chalupa, psycholog odd.12

tel. 569478 389, email: tchalupa@plhb.cz

POZOR ! V letošním „školním roce“ nebude tento program otevírán!

4/ Otevřený program. *Do programu jsou indikováni pacienti s nepsychotickými poruchami, u kterých je možné zařazení do některého uzavřeného psychoterapeutického programu v budoucnu nebo kteří se nemohou účastnit uzavřeného programu v některém vypsaném termínu nebo kteří z různých důvodů nemohou být hospitalizováni 6 týdnů /jak vyžadují uzavřené programy/ nebo u nichž kontraktovaný problém je možno řešit dříve než za 6 týdnů.*

Kontaktní osoba: MUDr Milan Drozd- viz uzavřený program „D“

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 3 týdny. Na oddělení je program doplňován rozvíčkami, komunitními sezeními, klubovými aktivitami, relaxacemi, nácviky dýchání, arteterapií, muzikoterapií a cvičením v bazénu.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty buď *telefonicky* na výše uvedená telefonní čísla, nebo formou *stručného parere* s uvedením adresy

pobytu pacienta a uvedením zdr. pojišťovny, 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

Na spolupráci se těší

personál Denního stacionáře a oddělení 12 PL HB



Mezinárodní konference skupinové psychoanalytické psychoterapie

**"Bridging Identities.
Clinical Impact of Groups"**

**Praha / Česká republika
28.-31. května 2009**

Konference je pořádána pod záštitou primátora hlavního města Prahy MUDr. Pavla Béma.

Konferenci pořádá Evropská federace psychoanalytické psychoterapie (EFPP) a Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP).

Program

Pozvání hlavní řečníci:

Čtvrtek, 28. května 2009

Earl Hopper (Anglie)

"Building Bridges from Despair to Mature Hope: the Clarification, Interpretation and Working through of Transference and Countertransference Processes in Group Analysis"

„Vytváření mostů od zoufalství ke zralé naději: objasnění, interpretace a propracování přenosových a protipřenosových procesů ve skupinové analýze“

Pátek, 29. května 2009

René Kaës (Francie)

"Unconscious Alliances"

„Nevědomá spojení“ a Earl Hopper (diskutující, Anglie)

Sobota, 30. května 2009

Rudolf Balmer (Švýcarsko)

“The Stranger in You – The Stranger in Me. The Group Analytic Approach to Social Phobia”

„Cizinec v Tobě - cizinec ve mně. Skupinově analytický přístup k sociální fobii“

Ulrich Schultz-Venrath (Německo)

“What is being Changed by the Mentalization-Based Psychotherapy in Analytic Group Psychotherapy”

„Jak mění analytickou skupinovou psychoterapii psychoterapie založená na mentalizaci“

Neděle, 31. května 2009

Morris Nitsun (Anglie) and **Gila Ofer** (Izrael)

“The Group as an Object of Desire”

„Skupina jako předmět (objekt) touhy“

Panelové Diskuse:

Speciální skupiny, Výcvik a Totalitní fenomén ve skupinové psychoterapii

Thor Kristian Island (Norsko)

Helena Klímová (Česká republika)

Olga Marlinová (Česká republika)

Isaura Manso Neto (Portugalsko)

Témata pro přednášky a workshopy:

Umění a skupinový proces

Sny a realita ve skupině

Mužská a ženská identita

Rodina jako skupina, skupina jako rodina

Procesy ve skupinách: destruktivní, obranné a protiskupinové

Skupiny v jiných uspořádáních a využití skupin mimo klinické prostředí

Výcvik ve skupinové psychoterapii

Výzkum ve skupinové analýze a psychoterapii

Národnost, kultura, politika ve skupinách v Evropě

Vědecký výbor:

Rudolf Balmer (Švýcarsko), Pierre Benghozi (Francie, výbor EFPP), Peggy Deeny (Irsko, výbor EFPP, koordinátorka skupinové sekce), Marie Hošková (Česká republika), Thor Kristian Island (Norsko), Anne Lindhardt (Dánsko), Isaura Manso Neto (Portugalsko), Gila Ofer (Izrael, výbor EFPP), Luděk Vrba (Česká republika, výbor EFPP), Gerda Winter (Dánsko, GAS).

Organizační výbor:

Koordinátor organizačního výboru:

David Holub, Česká republika

Koordinátorka konference za EFPP:

Anne Holländer, Dánsko

Místní organizační výbor: Hanka Drábková, Marie Hošková, Lucie Lucká, Dana Kárová, Luděk Vrba, Kamila Ženatá (všichni Česká republika)

Jazyk konference:

Jednácím jazykem konference je angličtina, pro účastníky z České republiky budou k dispozici české překlady textů hlavních přednášek. Plánujeme také diskusi v malých skupinách v českém jazyce.

Katalog konference bude obsahovat texty hlavních přednášek, profily hlavních řečníků a umělecké reprodukce z doprovodných kulturních projektů, text kurátora a profily autorů, vše v českém a anglickém jazyce.

Místo konference:

Konference se bude konat v hotelu Diplomat, který poskytuje také ubytování a stravování. <http://www.diplomathotel.cz/content/en/1.php>

Registrační poplatek:

Poplatek zahrnuje čtyřdenní vědecký program, hlavní přednášky a umělecký katalog, občerstvení, obědy, úvodní recepci a závěrečnou večeři.

	Do 27.1.2009	28.1.-25.5.2009
Plný poplatek	13 000 Kč	14 300 Kč
Snížený poplatek	6 000 Kč	7 300 Kč
Studenti	4 000 Kč	4 000 Kč

Snížený poplatek platí také pro účastníky z České republiky. Podrobnější informace o snížených a storno poplatcích najdete na internetových stránkách konference. Také tam naleznete informace o úvodní recepci a závěrečné večeři.

Pro tisk dvojstrany formátu A5 na A4 je tento vzorec: 149,102,103,148/ 147,104,**105**,146/
145,106,**107**,144/ 143,108,109,142/ 141,110,111,140/ 139,112,113,138/ 137,**114**,115,136/
135,**116**,117,134/ 133,118,119,132/ 131,120,121,130/ **129**,122,123,128/ 127,**124**,125,**126** /

(celkem 12 listů A4, 48 stran)

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010