

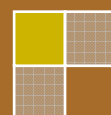
2009

VII/1

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a
psychoterapeutickou medicínu

EDITORIAL: K.Balcar: Vize, iluze, noční můry/ POSTGRADUÁLNÍ
VZDĚLÁVÁNÍ: Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemocí a
symptomy/ PŮVODNÍ PRÁCE: D. Skorunka: Životní příběhy jako základ
psychosomatické medicíny TEORIE, PŘEHLEDY: R.Honzák Oxytocin-
některé nové poznatky /GLOSÝ/ DISKUSE/ AKTUALITY



PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Aleš Fürst: furst@pbsp.cz

Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

46010, Liberec 10

Tel.: +420485151398

Cena jednoho čísla 110Kč, roční předplatné

400Kč, objednávky na adrese redakce. Plné

texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1/2009 dne 31.1.2009, recenzní řízení bylo uzavřeno 15.2.2009

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. The articles are peer-reviewed.

ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o.p.s.

Vychází 4x ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. Od té doby vycházel zprvu 4x a v dalších letech 6x ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření se podílí řada pracovišť z lékařských fakult, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, FTVS UK a další vysoké školy. Je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíňených poruch, medicínské praxe s humanitními obory, výzkumníků s praktiky a se studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada /Editorial Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, katedra psychiatrie IPVZ
MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetrovatelství 3.LF UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o.p.s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor /International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká Ph.D., Teologická katolická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s.r.o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D. PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D. Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
PhDr. Dr. Phil. Laura Janáčková, CSc. Oddělení somatopsychiky VFN v Praze
Prof. RnDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství 3.LF UK, Praha
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D., Centrum adiktologie PK, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., katedra fyzioterapie FTVS UK Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2.LF UK Praha
MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. MUDr. Marek Vácha, Ph.D. Ústav etiky 3.LF UK Praha Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, Ph.D., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für psychoterapie und psychiatrie, Zurich, Švýcarsko
Doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1.LF UK a VFN v Praze

Obsah

EDITORIAL

Karel Balcar: Víze, iluze, noční můry.....	7
Vladislav Chvála: Co dál s Psychosomem?	8
POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	10
Paul Franke: Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemocí a symptomy.....	10
17.1 Poruchy krvácení a cyklu 11	
17.2 Sekundární amenorea 11	
17.3 Dysmenorea a premenstruační syndrom 12	
17.4 Klimakterický syndrom 13	
17.5 Chronicky recidivující bolesti v podbřišku 14	
17.6 Pruritus vulvae v pohlavní zralosti 16	
17.7 Fluor 17	
17.8 Urogynekologické poruchy 17	
GLOSÝ	19
Radkin Honzák: Serendipity.....	19
Radkin Honzák: Kritická analýza nebo vědecký hoax?	20
PŮVODNÍ PRÁCE, VĚDA, VÝZKUM.....	24
David Skorunka: Životní příběhy jako základ psychosomatické medicíny	24
Úvod.....	25
Lékařsky nevysvětlené příznaky 26	
Stereotypní pohled na somatizujícího/psychosomatického pacienta 27	
Význam interakce mezi lékařem a pacientem 29	
Co bychom mohli dělat 31	
Psychosomatické myšlení 34	
Psychoterapeutické perspektivy 37	
Psychosomatická nebo na humánní medicína? 40	
Literatura: 41	
TEORIE, PŘEHLEDY.....	44
Radkin Honzák: Oxytocin- některé novější poznatky	44
POLITIKA, KONCEPCE	48
Jednání na téma Základní psychosomatická péče na výboru PS ČLS J.E.P. dne 4.2.2008	48
POŠTA, DISKUSE.....	50

Poznámka k článku PhDr.Heleny Kalábové v minulém čísle (6/2008).....	50
Ke koncepci psychosomatiky	50
Diskuse k jednání na výboru PS:	51
AKACE, AKTUALITY.....	52
Semináře práce s tělem pro pracovníky pomáhajících profesí.....	52
Nabídka výcviku „Práce u hliněného pole“	53
VII. mezioborová konference o poruchách příjmu potravy a obesitě.....	55
Pozvánka na Mezinárodní konferenci skupinové psychoanalytické psychoterapie.....	56
Pozvánka na klinicko- psychologický den 9.3.2009 v 9.00 hod	57
Pozvání na seminář s narrativní terapeutkou Jill Freedmanovou:	58
SEZNAM AUTORŮ PSYCHOSOM 2008	59
POKYNY PRO AUTORY	62



EDITORIAL

KAREL BALCAR: VIZE, ILUZE, NOČNÍ MŮRY

Byl kdysi jeden časopis, který si dělalo pár rozverných hochů a děvčat, co měli rádi člověčí duše i těla, a tak si ho pojmenovali Psychosom. Psali si do něj a četli si z něj, co chtěli a jako chtěli, všem se to líbilo a nikdo jim do toho nekecal. Nemohl.

To se znelíbilo zlému Čaroději kdesi v ústřední jeskyni zpustlého města Věda a rozhodl se jim to zatrhnout. I vyčaroval krutého draka RIVa, který začal oblétnout tradičně dezorientované a následkem svého řemesla vlekle podvyživené pisálky pochybných rozvah o lidských i jiných povahách a počal je navádět. Tvrdil jim, že se jim nevyplatí (to ostatně věděli) posílat své články do časopisů jako Psychosom, co nemají patřičný řád, kredit a normu, a naopak pošlou-li svá písání do těch jiných, dostanou za svou námahu sice taky houbeles, ale již vyjádřené v jednotkách zvaných bodíky, které si pak autorci mohou sečítat, odečítat, dělit, šetřit a vůbec kvantifikovat a hlavně pak na Ústředním Čarodějstvu vykazovat a kdoví - třeba jim to podle měnlivého úradku akademického Čaroděje někdy k něčemu bude dobré...

A tak jednomu z Psychosomopříznivců - drak si chytré zvolil takového

nezkušeného, trochu chamtivého a trochu přihlouplého - přistál RIV přímo na stole. (Neřekl jsem vám ještě, že RIV je drak papírový, ale delší cesty podniká začarován do elektronové podstaty, aby to stihl rychleji.) Zhmotnil se mu v podobě dvou seznamů a promluvil: "Hleď, tvore dvounohý neopeřený! Znáš Tvou pletku s Psychosomem a tou neukázněnou partou, co si tam pohrává s publikační činností. Nyní však jde o život, ba dokonce o holé přežití! (Myslel pochopitelně vědeckovýzkumné, jen tam dosáhnou jeho papírové zuby.) Zůstanou-li ten plátek taký, jaký je, spadne sem do tohoto seznamu Nuláku a tam budou světoborné výtvoři v něm zveřejňované marně práchnivět až do konce věků. Nechá-li se však Psychosom od nás rektifikovat, revidovat, reevaluaovat, reformovat a rehabilitovat, možná se nad ním pan Čaroděj nakonec slituje a protekčně, podmíněčně a prozatímně jej postrčí do seznamu Recenzáku - a autorům se budou bodíky jen sypat, časopisu se budou sypat články, čarodějnictví bude vykazovat činnost a všem bude dobře! Teď to je jen a jen na tobě, čítálku a písálku pozemský!"

I zalekl se krutého draka RIVa a zlého Čaroděje z Vědy mládenec nezkušený, do čarokrásného Reichenbergu psaní

sesmolil a na poplach v něm bil: Lidé dobří, neváhejte, pomozte, zle je! Do veleměsta Vědy poselstvo vyšlete a prosebně Jeho Čarodějstvo oslovte, vše dle jeho vůle nastrojte a do jeho chomoutu svůj Psychosómek vpřáhněte. Ne po svém rozmarně jako dosud, však podle regulí mocných dále časopisek kružte, ať k stáru jak kůl v plotě bez bodíku neskončíte vy i vaši věrní!

A hned se začali do redakce slétat další draci a dráčci - ten chce padesátitisíce inkasovat za internetové publikování, ten padesátitisíce za recenzování, registrování a úřadování, velký průvan z toho vznikl, papíry i diskety se po podlahách rozlétají a kutálejí, i rozumní z toho cvokovatější a popleteně o RIVosomu rozkládají - a hned všemi škvírami farmaceutické loupežné bandy



MUDr. Vladislav Chvála, Vedoucí lékař Střediska psychosomatických poruch v Liberci, sexuolog, rodinný terapeut

papírky s nabídkami a úpisy podstrkávají a nezištné podpory na ty výdaje nabízejí, za maličkost - tak třeba Rivotrilosom, nebo jiná drobná úpravička názvičku by ledacos přinesla...

Tak co...? Veselá Vánoce-tung! Karel + RIV!

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, psycholog, psychoterapeut, vysokoškolský učitel.

VLADISLAV CHVÁLA: CO DÁL S PSYCHOSOMEM?

Redkační úvaha

Nebýt Karla Balcara, kterému naše redakce otiskla v minulém roce výborný článek, a nebýt jeho šéfa Jiřího Růžičky, asi bychom neměli důvod si tuto otázku pokládat. Ale když se zeptal Růžička Balcara: „A kde že jsi publikoval ten výborný článek? A kde jsou za publikaci tintili (rozuměj, body do hodnocení školy)?“ Ukázalo se, že z hlediska vědy to vyšlo nastejno, jako by článek vyhodil do koše. Protože publikovat v časopise, který není na Seznamu odborných časopisů, není vůbec k ničemu. Leda k četbě. Rada pro vědu a výzkum vydala svá Pravidla 2.2.2008 a už 4.4.2008 byl seznam hotov a uzavřen. Takže, kdo věděl, ten věděl, a mohl si požádat. My nevěděli, pracovali, takže nepožádali.

Ale nemá cenu naříkat, je prý možné ještě někdy (neví se kdy) požádat, až

zase bude šiml řehtat. Ale štěstí přeje připravenému, takže proto jsme se rozhodli během tohoto roku plnit pravidla Výboru, i když to bez peněz jde těžko. A kdo dává penízky, určuje taky, co se bude publikovat. Právě pro tuto nezávislost jsme zatím vydávali časopis v jednoduchém formátu a bez velké administrativy. Recenzenty sice máme moc dobré, ale příliš jsme je nezatěžovali. Mohli bychom to dál nechat tak, jenže: pokud už někdo napíše článek, je dobré, aby to dal do respektovaného časopisu. A protože to není Psychosom, dá to jinam. To by nevadilo, jenže, redakce si vybírají podle svého zaměření a na psychosomatiku jsme, pokud je nám známo, u nás zaměřeni jen my.

Proto vznikl plán: Nabídli jsme spolupráci s časopisem Psychosom vysokým školám, na kterých se buď psychosomatika, nebo lékařská psychologie či etika vyučují. Překvapilo nás, kolik se jich dodnes přihlásilo: Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno, Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha, Ústav etiky 3.LF UK v Praze, Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP Olomouc, katedra antropologie FHS UK Praha, Ústav ošetrovatelství 3.LF UK, Praha, Fyziologický ústav LF MU Brno, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň a další.

Idea je taková, že tam kde jsou studenti, vysokoškolští učitelé a výzkumníci, tam se vyučuje a bádá. A když budou mít studenti i jejich učitelé kontakt s praxí, ve které se lékaři setkávají s psychosomatickými pacienty, mohou se vzájemně inspirovat. Od vysokoškolských pracovišť potřebujeme výzkum, teoretické přehledné práce, studie a odpovědi na otázky, které nás napadají v praxi. Aby tohle všechno mohlo fungovat, je třeba vytvořit společnou platformu, internetový databázový portál, tým spolupracujících lidí z jednotlivých VŠ a k tomu orientujeme nový formát Psychosomu, který již v minulých dvou letech stavíme jako časopis recenzovaný. A když se podaří, abychom se dostali do Seznamu, proč bychom neměli co publikovat. To zase zvýší úroveň časopisu, autoři se dostanou ke svým bodům za svou práci a tak se vzájemně věci podpoří k dobru psychosomatické a psychoterapeutické medicíny. Jen se nenechte vylekat zvýšenou úrovní, milí čtenáři a potencionální autoři. Jako příklad uvádíme již v tomto čísle výbornou práci MUDr. Skorunky. Nebojte se psát, velmi, velmi potřebujeme kazuistiky, zkušenosti, úvahy, nebojte se je napsat. Pomůžete tak Psychosomu a tím nakonec i sami sobě.

V Liberci 19.2.2009



POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

PAUL FRANKE: GYNEKOLOGICKÉ A PORODNICKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCÍ A SYMPTOMY

Ukázky z knihy Ott J., Kruse J., Ott W.: Základní psychosomatická péče, Portál 2008, (publikováno se svolením nakladatelství) Jako příklad zpracování jednotlivých oborů z pohledu psychosomatické medicíny dnes uvádíme obor gynekologie.

Konfliktní prožívání poruch ve vztahu mezi člověkem a jeho prostředím může na základě podrážděného a proto chybně řízeného vegetativního systému vést také ke gynekologickým symptomům a poruchám v těhotenství. Principiálně mohou být takřka veškeré gynekologické symptomy a téměř každý příznak nemoci narušeného těhotenství zapříčiněny také psychogenně nebo mohou mimálně být – a to za silné psychické spoluúčasti – symptomem psychosomatického onemocnění. Hlavní gynekologické klinické obrazy nemoci s psychogenní relevancí jsou níže uspořádány tak, že podíl psychické etiogeneze příslušné poruchy je směrem od shora dolů stále větší:

- poruchy krvácení a poruchy cyklu

- premenstruační syndrom
- sterilita
- fluor
- pruritus vulvae (v pohlavní zralosti)
- pelipathia vegetativa
- sekundární amenorea
- juvenilní krvácení
- příliš silné klimakterické obtíže
- dysmenorea
- dyspareunie (bolesti při styku)
- vaginismus
- grossesse nervuese

V následujících oddílech bude podán krátký přehled o současném stavu znalostí s ohledem na psychogenezi gynekologických a porodních poruch. Nebude zde pojednáváno o různorodých organických příčinách jednotlivých

symptomů. Předpokládají se jako všeobecně známé.

17.1 PORUCHY KRVÁCENÍ A CYKLU

O psychogenních podílech acyklického krvácení ve smyslu krvácení mezi cykly, polymenoreách a metroragiích neexistují takřka žádné statistiky. Tuto skutečnost je jistě možné vysvětlit také tím, že důležitost a nepostradatelnost somatické diagnostiky k vysvětlení příčiny krvácení stojí zcela v popředí a symptom ve většině případů vymizí po abrasio. Přibližně 11 % acyklických genitálních krvácení není možné vysvětlit orgánově diagnosticky, u trvalého krvácení se jedná dokonce o 16 %. Avšak také u 36 % hormonálních příčin krvácení je nutné s ohledem na hierarchickou osu mozková kůra – hypotalamus – hypofýza – vaječníky – endometrium zohledňovat vlivy prostředí a tím také psychiky. Více než statistiky zde však vypovídají – jako ve většině případů v oblasti psychosomatiky a psychoterapie – detailní vyšetření jednotlivých případů s ohledem na psychické důvody v pozadí této symptomatiky. Často existují závažné psychické poruchy, jako poruchy zrání a vývoje, a dále především také konflikty s rolí ženy. Jeden z nejkrásnějších literárních popisů psychosomatického pozadí symptomu trvalého krvácení a jeho léčby na základě psychoanalýzy podává Marie Cardinal ve své knize „Schattenmund oder die Worte, um es zu sagen“ (Cardinal 1983).

Na rozdíl od trvalého krvácení se jedná u krvácení po menopauze častěji o částečně vědomé reakce ve smyslu „krvácení z úleku“, které mohou vznikat u atrofického endometria a krátkodobé afektem podmíněné hypertonií. U této anomálie krvácení se však zřídka

setkáváme s psychogenezí ve smyslu biograficky sledovatelného vývoje.

17.2 SEKUNDÁRNÍ AMENOREA

Především ve starší gynekologické literatuře byla sekundární amenorea označována dále přívlastky jako vězněním podmíněná, internátně, tábořem, útekem, válkou či stavem nouze podmíněná amenorea, které velmi jasně odkazují na psychosociální příčiny. Bio-psycho-sociální souvislosti jsou velmi dobře prozkoumány. Popisovány jsou jak částečně vědomé neurotické reakce, tak hlubší poruchy osobnosti, jako např. deprese, poruchy zrání, obrana proti mateřství a roli ženy i poruchy border-line. Sekundární amenorea je často také symptomem anorexie, o níž je podrobně pojednáno na jiném místě této knihy.

Vzorový případ 1

Sedmadvacetiletá účetní (ve věku 22 let porodila jedno dítě) je na základě své čtyři roky trvající sekundární amenorey s diagnózou „klimakterium praecox“ doporučována k psychodiagnostice. Předcházelo několik neúspěšných pokusů o hormonální léčbu. Hodnoty hormonů se nacházely až na lehce snížené koncentrace LH v normálu. V této kyretáži se histologicky nacházelo opakovaně pouze „atrofické endometrium“, jako u žen po menopauze. V prvním roce nemoci došlo k úbytku váhy o 14 kg na 51 kg, od té doby také nechutí k masu. Lehké pocity závratí. Z hlediska vnitřních chorob bez patologického nálezu. V biografické anamnéze pacientka sdělila, že poslední menstruaci měla toho dne, kdy se její muž v práci zabil. Toho rána se necítil

dobře, ale ona jej přesto přesvědčila, aby do práce šel. Tehdy by také nejraději spáchala sebevraždu, ale kvůli svému – v té době jednoletému – synkovi tak neučinila. Od té doby nosí jenom černé šaty a chodí denně na hřbitov. S výjimkou pracovních kontaktů se vyhýbá jakémukoli mezilidskému kontaktu, nehledě na návštěvy vlastních rodičů. Pacientka souhlasila s hlubinně psycho-logicky orientovanou psychoterapií, která jí byla navržena.

17.3 *DYSMENOREA A PREMENSTUAČNÍ SYNDROM*

Vedle různých organických příčin existují také psychické příčiny popř. psychická spoluúčast. Bezpochyby zde hrají důležitou roli také individuální práh bolesti a subjektivní zpracovávání bolesti.

Jako psychogenní příčiny se objevují hluboko sahající poruchy osobnosti, dále odmítání ženské role, ale také aktuální zklamání, jako např. psychosomatická reakce na toužebně očekávané těhotenství, které se ovšem nedostavilo. Existuje rovněž více povrchní podoba způsobená „vzorem“ jiných žen, jako např. matky: v rodině „naučená dysmenorea“. Tato je někdy již od první menstruace spojována nezřídka se šetřením se, jako např. osvobozením od tělocviku, nebo také s pracovní neschopností, tedy se značným sekundárním ziskem z nemoci. Za využití různých psychoterapeutických metod může být dosaženo u přibližně dvou třetin pacientek dobrých léčebných úspěchů. Pro dismenoreu platí, stejně jako v celé psychosomatice, že ani z druhu, ani z rozsahu symptomu nelze spolehlivě usuzovat na závažnost poruch

osobnosti. Totéž platí samozřejmě také opačně.

Vzorový případ 2

Třicetiletá, svobodná, sportovně založená učitelka na obchodní škole přišla osm týdnů po umělém přerušení těhotenství na kliniku z důvodu bolestí v podbříšku. Vystupovala velmi sebevědomě a rázně. Při anamnéze zmínila, že vždy trpěla velmi bolestivou menstruací a že kvůli těmto bolestem někdy nemůže jít ani do práce. Je jediným dítětem svých rodičů, její otec je vedoucím lékařem jedné velké psychiatrické kliniky. Vždy si přál mít syna. Pacientka si otce velmi vážila, a tak se nevědomě snažila otci jeho přání splnit tím, že vystupovala co možná nejvíce „chlapecky“ a „mužsky“ – tedy jako syn. Prožívání menstruace bylo již od prvního krvácení bolestivé ve smyslu primární dysmenorey. Přibližně dva roky před tímto stacionárním pobytem měla milostný vztah s podstatně starším, ale ženatým mužem (otcovská figura), který však tento vztah po 18 měsících ukončil. V této – pro ní šťastné – době, v níž žila v souladu se svojí ženskou rolí, neměla žádnou dysmenoreu! Tato se dostavila opět po rozchodu. Více ze vzdoru než z náklonnosti pak měla styk s nemilovaným kolegou, při kterém však došlo k otěhotnění, které nechala uměle přerušit, ačkoli byla vždy proti umělému přerušování těhotenství. Bolesti v podbříšku, které vedly ke stacionárnímu pobytu a které nebyly způsobeny zánětlivou příčinou, je možné chápat jako výraz jejích pocitů viny a studu vyvolaných aférou s kolegou na straně jedné a emocionálním odmítáním umělého přerušování těhotenství na straně druhé.

S ohledem na premenstruační syndrom (PMS) se diskutuje jak o hormonálních, tak o psychických příčinách, v poslední

době byla otevřena také otázka endorfinů. Nemělo by se však zapomínat na to, že psychika a hormony se vzájemně ovlivňují a je těžké nalézt odpověď na otázku, co je příčinou a co následkem! To platí v ještě větší míře pro neuronální transmittery, k nimž endorfiny patří. U pacientek s premenstruačním syndromem se je možné setkávat s lepším přijímáním možné psychogenese, než je tomu u pacientek trpících bolestmi běžné. U části těchto pacientek bylo také zjištěno, že byly obětí sexuálního zneužívání. Syndrom se vyznačuje jistou nejasností. V literatuře se uvádí až 30 symptomů náležejících k tomuto syndromu! Etiologie je nejasná a terapie často polypragmatická. Placeba bývají překvapivě nadprůměrně úspěšná.

17.4 KLIMAKTERICKÝ SYNDROM

O klimakterickém syndromu existuje nepřehledné množství literatury. Klimakterium je složitým procesem, který není možné jednoduše redukovat na nedostatek hormonů a léčit jej výhradně jejich podáváním, jak je to na mnoha místech v odborné literatuře popisováno. Koneckonců má jen šestina všech žen klimakterické obtíže, které si vyžadují léčbu, ačkoli všechny ženy musí prodělat tuto víceletou fázi hormonální reorganizace. Doba přechodu je velmi komplexním bio-psycho-sociálním procesem, v němž s postupným poklesem hladiny sexuálních hormonů souvisejí také významné sociální a psychické změny. Ženy dosahují zcela nové životní fáze, často je nutný nový vnitřní systém hodnot. Pacientky, které trpí klimakterickým syndromem, se od ostatních žen liší větší úzkostlivostí a jistou chudobou sociálních kontaktů. Tyto obtíže se na rozdíl od vegetativních

symptomů při hormonální terapii nelepší, je možné je ale léčit psychoterapeuticky.

Skutečnost, že klimakterický syndrom není pouze následkem pozvolně klesající hladiny estrogenu, se ukazuje již také na tom, že pouze část žen rozvíjí typické symptomy tohoto syndromu, ačkoli všechny ženy prožívají podobnou hormonální situaci. Podle *Staubera* (1999) má vždy přibližně jedna třetina žen v době přechodu větší obtíže, jedna třetina lehčí a zbývající třetina nemá v tomto přechodovém období obtíže žádné. Ve skutečnosti je také doba klimakteria v délce 15. let tak dlouhá, že by se organismus mohl v této době adaptovat na novou hormonální situaci takřka bez jakýchkoli symptomů. Pokud by měl být nedostatek estrogenu jediným vysvětlením pro výskyt klimakterického syndromu, pak by tímto syndromem musela trpět každá žena. Jelikož tomu tak ale není, je nutné označit organickou teorii nedostatku hormonů pro vysvětlení tohoto syndromu za nedostatečnou. Teprve bio-psycho-sociální model nemoci může vysvětlit skutečnost, že pouze určitá část pacientek trpí touto poruchou. O době přechodu se mluví jako o době trojnásobné transformace, a sice jako o biologické, psychické a sociální změně. Biologická změna je změnou hormonální. Na psychické úrovni se musí žena více zabývat tématy zdraví a nemoci, ubývajícím tělesnou atraktivitou a výkonností, a v neposlední řadě také tématem vlastní konečnosti. Toto jsou témata, která se přes veškeré obranné mechanismy stále a znovu vnucují. Ze sociálního hlediska dochází v tomto věku často k výraznému „odhalení“: vlastní rodiče jsou již často mrtví nebo ze zdravotního hlediska velmi slabí a děti z domova odešly. Někdy se z manželství stalo spíše „hospodářské společenství a

sdílení společného nábytku“, pokud se dokonce nerozpadlo. Mluví-li přibližně dvě třetiny žen o aktuálních konfliktech v různých oblastech života, pak je to vysoké procento. Tomuto vysokému počtu odpovídá do jisté míry skutečnost, že ženy s klimakterickými obtížemi si příznačně častěji stěžují na obavy spojované s budoucností, na nedosažení životních cílů a nedostatečnou sebejistotu. Mnoho pacientek navíc trpí „syndromem prázdného hnízda“. Tomu odpovídá také podíl neuroticky relevantních testovacích výsledků ve výši 67 %, který je dvakrát až třikrát vyšší než u „běžných“ gynekologických pacientek.

Klesající hladina estrogenu v důsledku ustávající funkce vaječníků sice vytváří somatickou připravenost pro snadno drážditelný vegetativní systém, ale teprve ve chvíli, kdy se přidají psychosociální poruchy v důsledku vnějších konfliktů nebo vnitřních faktorů, jako jsou pochybnosti o sobě samém, obavy z budoucnosti, rostoucí míra osamění a neschopnost emocionálního přijetí vlastního stárnutí, může docházet k psychické symptomatice a na základě vegetativního chybného řízení k tělesným symptomům. V nutných případech může hormonální substituce představovat somatickou stránku terapie, nikdy ale nemůže být řešením problému. Teprve na základě psychoterapie ve formě základní psychosomatické péče, ale také na základě svépomocných skupin mohou být z psychosociálního hlediska vytvořeny podmínky pro nezbytnou reorganizaci vnitřního hodnotového systému a nalezení nových životních obsahů a vztahů.

17.5 CHRONICKY RECIDIVUJÍCÍ BOLESTI V PODBŘÍŠKU

Vedle adnexitidy – coby zánětlivé příčiny pro bolestivé stavy v malé pánvi – existuje u žen ještě celá řada dalších možných organických příčin, což velmi stěžuje diferenciální diagnostiku těchto obtíží. Použití laparoskopie sice zlepšuje diagnostické možnosti, ale skrývá v sobě také nebezpečí, že vedlejší nálezy při ní zjištěné budou považovány za příčiny nemoci. Podstatná část chronicky vyskytujících se bolestí v podbříšku má ale také psychosomatickou příčinu. Psychosomaticky podmíněné bolesti v podbříšku je pak jen stěží možné vysvětlit organicky. *Stauber* (1999) po právu mluví o pelipatickém syndromu, jelikož pacientky nestrádají pouze bolestmi v podbříšku, nýbrž také mnoha dalšími symptomy ze všech jiných orgánových oblastí, a navíc také funkčními sexuálními problémy a partnerskými konflikty. Obtíže jsou zčásti tak mlhavé a v diagnostice zavádějící, že byly také označovány jako „vražedný syndrom koryfejí“. Z této mlhavosti vyplývá skutečnost, že pro tento obraz obtíží existuje celkem asi 150 synonym. Především v ambulantní oblasti vznikají značné diferencálně-diagnostické obtíže s odlišováním adnexitidy coby zánětlivého onemocnění – zvláště její lehčí subakutní formě – od nezářlivých chronicky-recidivujících bolestí v podbříšku („adnexalgie“, „pelipatie“). Následkem je, že při neznalosti psychosomatických souvislostí jsou bolesti v podbříšku léčeny příliš jednostranně somaticky (např. antibiotiky) a „pro jistotu“ jsou pacientky hospitalizovány. „Pro jistotu“ zde někdy znamená spíše pro jistotu lékaře, který hospitalizaci doporučuje, než pro jistotu pacientky! Těmito symptomatickými opatřeními se zvyšuje

pravděpodobnost somatické fixace, a tím se stěžuje nutná a kauzálně účinná psychoterapie.

Biografická anamnéza umožňuje lepší pochopení psychických příčin. Jedná se o psychosomatické onemocnění, kde se organický locus minoris resistentiae, fokální bod iniciálního psychického traumatu a aktuální stresor překrývají. Ale také zánětlivá – „pravá“ – adnexitida může být současně spouštěna psychosociálními vlivy, což je možné vysvětlit poznatky moderní psychoimunologie.

Prill rozlišoval v roce 1964 u bolestí v podbříšku bez hmatového nálezu tři skupiny pacientek:

- za prvé „bezkonfliktní asteničky“, které reagují na každé menší přetížení bolestmi v podbříšku („nachladila jsem si podbříšek“)
- za druhé simulantky a agravující pacientky, které využívají diferenciacně-diagnostických obtíží ženských lékařů, které tento symptom s sebou nese
- za třetí (největší skupina) „pravé“ psychosomatické pacientky

Pacientky, které můžeme zařadit do druhé skupiny, jsou spíše vzácné. Zato se ale setkáváme ojediněle s pacientkami, které můžeme zařadit do skupiny první. Místo šetření se, jak jej nabízí konzervativní terapie adnexitidy, by bylo možné těmto pacientkám jistě mnohem lépe pomoci dlouhodobým a systematicky posilujícím fyzioterapeutickým programem. Většinu pacientek s adnexitidou však musíme zahrnout do skupiny třetí. To znamená: chronicky-recidivující bolesti v podbříšku nejsou v tomto případě žádným samostatným onemocněním, nýbrž pouze jedním symptomem

z mnoha, které náležejí k funkčnímu, psychosomatickému onemocnění. U převažující části těchto pacientek sledujeme narušený psychický vývoj od samého dětství, ve smyslu ranné poruchy. Z psychodynamického hlediska se zdá být jako významná skutečnost, že zde často úplně chybí otec, nebo pacientka má k němu velmi narušený vztah. Vztah k opačnému pohlaví nebyl nikdy osvojen nebo je z emocionálního hlediska negativně obsazen. U části pacientek to má opět za následek příliš uspěchanou a od samého počátku k nezdaru odsouzenou volbu partnera („chtěla jsem být vlastně jen pryč z domova“), která dříve nebo později vede k aktuálním partnerským konfliktům a sexuálním poruchám. Počet nevydařených partnerských vztahů a četnost rozvodů je u pacientek s adnexitidou výrazně vyšší.

U této poruchy se jedná o neurotický a psychosomatický vývoj následkem příčinných životních souvislostí popř. neřešených, nevědomých konfliktů, které se dotýkají především následujících problémových okruhů:

- vnitřní osamělost
- izolace
- vypořádávání se se sexuálními přáními a přáními týkajícími se bezpečí v partnerském vztahu při často převážně hysterické osobnostní struktuře

Rozchody a ztráty v partnerské, ale také profesní oblasti pak vyvolávají opět bolestivé stavy v podbříšku.

Regresivní prostředí konzervativně-somatické, gynekologické léčby umožňuje pacientkám, aby se „únikem“ do nemocnice na čas vzdálily konfliktu nebo mohly zdůvodnit své emocionálně motivované odmítání sexuálního kontaktu s partnerem, a to v první řadě

odkazem na existující bolesti v podbřišku. Obě řešení jsou samozřejmě pouze řešeními zdánlivými a přesouvají očividné vypuknutí konfliktu pouze na pozdější dobu. To vysvětluje také vysoké procento recidivujících obtíží. Čistě somatická diagnostika bez zohlednění psychosociálního pozadí není schopna poskytnout pravou diagnózu. Obdobným způsobem nevede také čistě somaticky orientovaná terapie k vyléčení, nýbrž pouze ke zlepšení hlavního symptomu na určitou dobu. Výhradně somatická terapie adnexalgie, včetně častých lázeňských pobytů, je pouze terapií symptomů a vede k iatrogenní chronifikaci. Z lékařsko-psychologického hlediska však tento druh léčby mnoha pacientkám vyhovuje, jelikož vychází vstřícně jejich snaze vyhnout se konfliktům. Jednostranně somaticky zaměřeného ženského lékaře, který je v našem smyslu „mimo“, vnímají jako svého „dobrého pana doktora“, který uspokojuje jejich přání ohledně bezpečí a péče, aniž by se dotýkal konfliktních témat.

17.6 PRURITUS VULVAE V POHLAVNÍ ZRALOSTI

Příčiny pruritus vulvae mohou být exogenní, endogenní a psychosomatické povahy. K exogenním příčinám patří:

- vulvitis
- descendující kolpitida
- nečistota
- mechanické nebo chemické stimuly
- traumata či manipulace
- močová inkontinence

Za endogenní příčiny je nutné považovat např. nedostatek estrogenu, diabetes mellitus, alergie, onemocnění jater a

ledvin a dystrofie (krauróza, leukoplakie). Psychogenní faktory, které mohou vést k pruritus vulvae, jsou často také sexuální konfliktní témata, averze, sexuální fantazie a také určitý masturbační ekvivalent. Pokožka není pouze jednoduše povrchem těla, nýbrž je současně také smyslovým orgánem, orgánem výrazovým a důležitým orgánem kontaktním s převážně intimním charakterem. Vše, co platí pro psychosomatiku pokožky (kapitola 13), platí také pro oblast pokožky vulvy, pouze s tím rozdílem, že je zde zvlášť výrazný sexuální aspekt. V jednotlivých případech tak může být také ekzém vulvy podmíněn psychogenně, a rovněž u virových infekcí vulvy je možná současná psychická účast. V gynekologické psychosomatické literatuře je psychosomatický pruritus vulvae dáván často a velmi jednostranně do souvislosti se sexuálními konflikty. Jako příčiny jsou uváděny neuspokojené sexuální žádostivosti, všeobecný manželský stav neuspokojení, odpor vůči partnerovi a obavy před nákazou. Diskutuje se také o pruritus vulvae jako o masturbačním ekvivalentu nebo jako o výrazu pro výčitky svědomí vyvolávané onanií. Dříve byl pruritus vulvae dokonce označován jako „zpitvořený obraz všeobecného sexuálního vzrušení“. Všechny tyto příčiny platí pro pacientky velmi zřídka. Sexuální konflikt – ať už v jakékoli formě – je často velmi málo výrazný, ačkoli na okraji může být neuspokojená sexualita přítomna. Také *Condrau* (1965, s. 193 ff) označuje obviňování z onanie jako „obětního beránka“. U pacientek s pruritus vulvae shledává nakupení přílišné ochoty, svědomitosti, vysoké inteligence a pílě. Životní příběh těchto žen často ukazuje odmítání ženské role, vytěsňenou nepřátelskost a vyslovené přání ohledně uznání a náklonnosti. Tyto ženy nemohou dát svým nepřátelským

pocitům a své agresivitě volný průchod. Pouze škrábání, které vede k částečným povrchovým poraněním svědivých míst pokožky, zde v oblasti vulvy, je agresivním aktem – avšak aktem autoagresivním – změřeným proti vlastní pokožce.

Často se do centra zájmu dostává symptom v důsledku neřešených životních problémů a není možné dospět k vyléčení proto, že pacientky díky symptomu vyhledávají u lékařů porozumění a útěchu, kterých se jim jinak nedostává, nebo proto, že v útěku do nemoci spatřují východisko před selháváním při zvládání životních obtíží.

17.7 FLUOR

Vedle různých mikrobiologických příčin fluoru vaginalis existuje ale také fluor bez mikrobiologického nálezu. Sekrece žlázek děložního hrdla je řízena vegetativním nervovým systémem a podléhá tak emocionálnímu a afektivnímu ovlivňování. *Prill* (1964) prokázal mnohonásobné zvýšení sekrece žlázek děložního hrdla během konfliktně zaměřeného rozhovoru. Také sekrece Bartholinových žlázek podléhá sexuální impulsům. Fluor sám však vytváří také sekundární obavy, které pacientky při konzultaci s lékařem často nevyslovují. Tak může strach z pohlavních nemocí doprovázet onemocnění výtokem. Léčba fluoru, zvláště v těch případech, kdy se léčby musí účastnit rovněž partner, jak tomu často bývá pro zabránění recidiv, vnáší do partnerství za určitých okolností také problémy popř. otevírá latentní konflikty. S fluorem identický je z psychoterapeutického hlediska pocit fluoru bez prokazatelného výtoku, který můžeme pozorovat u žen se sklonem

k sebezpozorování a u hypochondrických žen. Často se zde v pozadí skrývají pocity viny, také v souvislosti se sexuálními a partnerskými konflikty.

17.8 UROGYNEKOLOGICKÉ PORUCHY

Mezi urogynekologickými onemocněními mohou rovněž existovat poruchy, u nichž se může jednat také o psychosomatickou symptomatiku. K nim patří v první řadě nutková a močová inkontinence, zcela v protikladu ke stresové inkontinenci, která je způsobována především patologicko-anatomicky. U močové inkontinence hrají psychické faktory, jako například zvýšená depresivita a psychosociální konflikty – zvláště pak u žen s přílišnou výkonností – rozhodující, nikoli však příčinnou roli. Tím psychosomatika vysvětluje neuspokojivé výsledky somatické terapie močové inkontinence. Až do roku 1980 byla léčba močové inkontinence především oblastí operativní gynekologie. *Prill* (1964) ji ve své knize ještě vůbec nezmiňuje. Operativní terapie nepřinášela navzdory jasným patologicko-anatomickým teoriím ohledně etiopatogenese močové inkontinence nejenom požadované úspěchy, nýbrž místo toho nezřídka vedla k recidivujícím inkontinencím. Dále existuje inkontinence při malých či pouze minimálních patologicko-anatomických změnách, to znamená bez výskytu poklesu pochvy. Neexistují však žádné pochybnosti o tom, že anatomické předpoklady u ženy jsou náchylné k dysfunkci uzavíracího mechanismu močového měchýře, ale tento mechanismus podléhá velmi komplikovanému nervovému ovládnutí. Z toho důvodu existuje možnost, že psychické vlivy se uplatňují

prostřednictvím vegetativního nervového systému či podrážděného vegetativního systému.

U poloviny patientek trpících močovou inkontinencí se ukazují také mnohé jiné psychické a vegetativní symptomy. Především u patientek s nutkavou či močovou inkontinencí nacházíme vždy souvislosti s životním příběhem, které ukazují, že se jedná o symptom psychosociálně vzniklé poruchy. Déle existující inkontinence jsou doprovázeny těmito obtížemi méně často než inkontinence existující kratší dobu. Z toho je možné vyvodit, že to není inkontinence, která sekundárně vede k psychosomatickým symptomům, nýbrž že mnohé inkontinence jsou samy o sobě psychosomatickým symptomem. Nutkavá inkontinence je psychosomatickým symptomem vedle mnoha jiných psychických a fyzických symptomů. Psychosomatika podává vysvětlení neuspokojivých výsledků somatické terapie nutkavé inkontinence. Neprovést u pacientky s nutkavou inkontinencí biografickou anamnézu a místo toho ji léčit operativně, není již dnes obhajitelné. Jednalo by se o pouhou terapii symptomů místo terapie kauzální a znamenalo by to přehlížení psychosomatických souvislostí. Právě vysoký podíl neuroticky relevantních výsledků biografických anamnéz při recidivující inkontinenci ukazuje nevýhody tohoto – nikoli psychosomatického – léčebného postupu. Ve většině případů je pak následkem recidiva močové inkontinence.

Z hlediska osobnostní struktury vykazují neurotické popř. psychosomatické pacientky depresivní postoj oběti s často nevědomými a vytěšňovanými agresivními impulsy. K tomu se přidává ještě přehnaná výkonnost, která stálým přetěžováním a pocitem

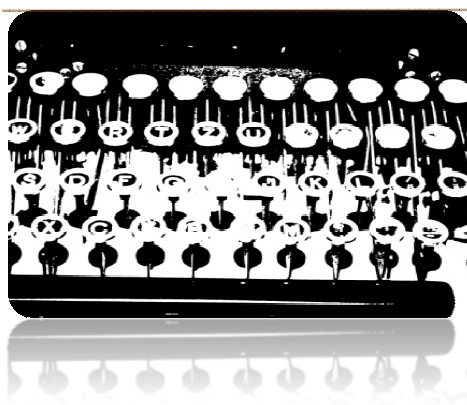
nepostradatelnosti vede k vegetativnímu stavu vyčerpanosti, a tím k vypuknutí symptomatiky. Skutečnost, že mnoho patientek trpících inkontinencí, má rovněž nadváhu, zvyšuje patologicko-anatomické riziko, ale ukazuje také něco z orálně-depresivní struktury, která jídlem a mlsáním utěšuje trvalé a frustrující zatížení („obezita způsobená soužením“). Psychosomatická terapie inkontinence by měla začínat na více místech současně. Rozhovory o psychosociálním pozadí, nácvik autogenního tréninku pro vegetativní stabilizaci, cviky pánevního dna pro posilování jeho muskulatury a trvalé poukazování na vlastní odpovědnost při léčbě, co se týká tělesné váhy a uspořádávání života s ohledem na odbourávání zbytečných zatížení, by do sebe měly komplexně zapadat.

Rovněž psychogenně podmíněný je symptom polakisurie, jak jej nacházíme u dráždivého močového měchýře, takzvaného „irritable bladder“. Zde jsou to spíše latentně agresivní pacientky, které mohou prostřednictvím tohoto symptomu krátkodobě unikat ze zatěžující situace. Také obavy z toho, že to nestihnou včas na toaletu, vedou ke stále kratším časovým odstupům volního močení. Užitečné zde mohou být behaviorálně terapeutické intervence, které začínají tím, že si pacientka vede přesný záznam o močení po dobu dvou týdnů. Na základě těchto záznamů již získáme cenné odkazy na eventuálně existující oblasti konfliktů. Je nucení k močení silnější doma nebo na pracovišti? Je to jiné o víkendech než v pracovní dny? Hrají nějakou roli kontakty s okruhem příbuzných nebo známých?

Jako poslední psychosomatický urogynekologický symptom uvedeme ještě postoperativní či postpartální zadržování moči, k němuž dochází často

reflexivně ze strachu z bolestí a ve většině případů je snadno psychoterapeuticky léčitelný. Tento

symptom představuje jednu z mála indikací, kde je prostřednictvím hypnózy možná rychlá terapie.



GLOSÝ

RADKIN HONZÁK: SERENDIPITY

28.ledna letošního roku uplynulo přesně 255 let ode dne, kdy Horace Walpole, 4. Lord z Oxfordu, vypustil do světa termín **serendipity**, inspirovaný vzpomínkou na „směšnou pohádkou o třech princích ze Serendipu“, kteří objevovali na svých cestách podivuhodné věci, pro něž posléze nacházeli uplatnění. Pojem se vžil jako označení náhodného výsledku (většinou) vědecké práce, která původně byla zaměřena zcela jiným směrem. Klasickým příkladem je objev penicilínu, který byl uskutečněn jen proto, že „Fleming měl v laboratoři binec“, jak nám na přednáškách sdělil profesor Wenke.

Pohlédneme-li do historie medicíny, najdeme tam podobných příkladů desítky, počínaje revoluční Woehlerovou syntézou první organické molekuly močoviny když chtěl vyrobit kyanid amonný, přes Minkowského objev souvislosti pankreatu s cukrovkou, kdy na moč pankreatektomovaných psů se slétala hejna mlsných much, až po objev podstaty a účinků interferonu, kterým původně chtěli japonští vědci Yasu-ichi Nagano and Yasuhiko Kojima posílit účinnost očkovací látky proti neštovicím. Pacientům s anginou pectoris Viagra nepřinesla úlevu od kardiálních obtíží, ale erekci. Možnost provedení koronarografie byla objevena, když se kardiolog z Cleveland Clinic netrefil a

kontrastní látku místo do levé komory aplikoval do koronární arterie. Kde by dnes byla drogová scéna, kdyby se byl Hofmann pět let po úspěšné syntéze jednoho přípravku z mořské cibule pro povzbuzení dýchání nevrátil k novým pokusům a neolízl si přitom v roztržitosti prsty. Bylo to 19. dubna 1943 a velký chemik cestou na kole domů prožil světově první „LSD trip“. Švýcaři slaví toto výročí dodnes jako Bicycle Day.

Psychiatrická léčba vedená až do 80. let minulého století převážně metodou „pokus – omyl“ má na svém kontě celou řadu náhodných objevů tohoto typu. Ve 30. letech minulého století, v éře konvulzivní léčby čehokoli a čímkoli (snad kromě strangulace), Cerletti a Bini vyšli z naprosto nesprávné premisy, že epilepsie a deprese se nevyskytují společně (není pravda). Pak se inspirovali na jatkách, kde zjistili, že dobytek je před porážkou elektrickým proudem pouze omráčen a začali pouštět 125 V do lidí. Kontraintuitivně je tato metoda dodnes účinná a patří při léčbě deprese k nejbezpečnějším.

První neuroleptikum, chlorpromazin, měl být antihistaminikem pro prevenci chirurgického šoku, mohutný depresogen reserpin byl používán jako anxiolytikum, imipramin, první tricyklické antidepresivum, byl syntetizován a určen k léčbě schizofrenie, a když se neosvědčil, šetrný Švýcar Kuhn si řekl, že to přece nevyhodí a zkusil jej pouze u 13 (!!! metodici kvílí)

depresivních pacientů. Výsledky však byly natolik přesvědčivé, že evokovaly další studie. První přípravek ze skupiny inhibitorů monoaminoxidázy, iproniazid, byl původně účinným antituberkulotikem, ale po jeho podávání byla pozorována výrazná elevace nálady a tak se jej zmocnila psychiatrie. Čelný představitel II. generace tetracyklických antidepresiv, mianserin, měl být antialergikem.

Teprve oslavovaný i zatracovaný Prozac (fluoxetin) byl preparátem „vyrobeným na míru“ v souladu s teorií o významu serotoninu a jeho nedostatku při depresivní poruše. Farmaceutické firmy hledají „léky na receptor“ a dávno jsou pryč doby, kdy kreativní až zběsilý Dr. Ing. Miroslav Protiva, který syntetizoval výborné antidepresivum dosulepin, chrlil jednu molekulu za druhou a kolem VÚFB bylo možné občas potkat „nadrátované“ zaměstnance, kteří byli ochotni zkoušet jeho výrobky „na vlastním preparátu“. Současné psychiatrii vládne serotoninový průmysl. Nicméně doufám, že se ještě dožiju serendipity, která toto dogma zvrátí (a podívá se třeba pro změnu na NMDA receptory, kterých je v mozku několikanásobně více, než receptorů serotoninových). A možná i oxytocin se dočká...

Praha – 15. února 2009

RADKIN HONZÁK: KRITICKÁ ANALÝZA NEBO VĚDECKÝ HOAX?

Ve vědě poněkud nestandardním postupem (mediální kampaň předbíhající již několik měsíců dosud neotištěnou publikaci¹, takže někteří

„potrefení“ se o článku dozvěděli až ze seriózního, ale též z bulvárního tisku) a dosti drsným až nevybíravým způsobem pod patronací svých školitelů z Univ.

Calif. San Diego první autor – studující PhD na MIT – zkritizoval a strhal výsledky 54 studií sledujících souvislost některých psychosociálních a emočních situací s výsledky funkční magnetické rezonance (dále fMRI) v mozku.

Pokud jde o publicitu na stránkách věnovaných (nejen) psychosociálním vědám, je srovnatelná s publicitou tajemství Mayského kalendáře končícího o Slunovratu 2012 na stránkách bulváru.

Motivem a východiskem pro jeho práci byla údajně neobvykle vysoká korelace (dosahující až $r > 0,8$) mezi laboratorně navozenými sociálně-psychologickými či emočními stavy a jejich „promítnutím“ v určitých mozkových strukturách, které se zobrazilo pomocí fMRI. Jako exaktního vědce ho pochopitelně takto těsné korelace naplnily nedůvěrou. Proto s týmem odborníků podrobil uvedené práce analýze, spočívající v porovnání technických parametrů a psychosociálních situací, a také statistických metod užitých k vyhodnocení výsledků. Dle jeho názoru „chybuje“ autorům pak rozeslal dotazníky, které si kladly za cíl upřesnit sporné body v těchto souvislostech. Autory pak zařadil na „červenou listinu“, nebo se k nim zachoval milosrdněji. Zajímavé je, že některé autory² se stejnými postupy a výsledky už do celého souboru nezařadil vůbec. Možná proto, že ke svým výsledkům měli i přesvědčivé výsledky a korelace biochemické³.

Na závěr odvedl statistickou analýzu, jejímž výsledkem je, že autoři jím kritizovaných prací nevzali v úvahu nikoli-nezávislé faktory (tj. nejprve použili statistických metod, které dále nikoli-nezávislým způsobem zpracovali a z toho pak vyvozovali závěry) a dopustili se tak statistických chyb při třídění výsledků. Počínaje klasickou prací otištěnou v *Science* v roce 2003

zachycující odraz experimentálně navozeného sociálního odmítnutí v přední cingulární kůře, což je oblast významně participující na vnímání a modulaci bolesti⁴, která odstartovala sérii výzkumů vedoucích k plauzibilnímu závěru, že není zásadní rozdíl mezi bolestí tělesnou a bolestí psychickou (viz citace 2) a konče recentními studii sledujícími např. rozdíly v aktivitách mozku při učení motivovaném strachem či naopak odměnou⁵.

Kritika se dále týká vyhodnocování zobrazovacích metod a jejich statistického zpracování. Některé voxely⁶ jsou vyhodnocovány regionálně, navíc s jinou velikostí, jiné funkčně, další nepřesně definovány k minimální sledované oblasti. Z přísně metodologického hlediska, je zde podrobena kritice skutečnost, že každá práce, má poněkud jinou metodiku. Nicméně v začátcích bádání to tak bývá, na druhé straně řada aplikovaných psychosociálních podnětů směřuje do vzájemně shodných cílových oblastí mozku. A to je pro autory kritiky skutečnost, která se jim také jeví jako podivná. Další výhrady mají autoři k reliabilitě vyhodnocování indukovaných emočních a emočně behaviorálních stavů, které jsou příliš subtilní, než aby mohly být zachyceny jednoduchým způsobem, jak se dělo ve všech studiích..

(Odbočka pro laiky, jímž jsem byl před několika málo roky já sám; těm, co to přijde moc primitivní, se omlouvám, ale i já jsem si to tenkrát musel maximálně zjednodušit. Podobně jako v zeměpise máme poledníky a rovnoběžky, máme ke zmapování mozku určité souřadnice. V síti těchto souřadnic máme pro zobrazení menších útvarů či oblastí pomocnou metodu užití pixelů – což zná každý fotograf, jaká je nejmenší zachycená ploška obrázku – a voxelů,

keré reprezentují třetí rozměr pixelu. Takže jeden pixel 1x1 mm může být v zobrazení obohacen na jeden voxel 1x1x1 mm. Tento minimální rozměr však není závaznou jednotkou, takže mohou existovat i voxely 5x5x5 mm, tedy 125 mm³. V těchto oblastech pak fMRI graficky zobrazuje „aktivaci“, která je dána především spotřebou kyslíku ve tkáni. Velikost aktivované oblasti je určována počtem voxelů. Takže zjistí-li fMRI, že v mé levé mozkové kůře mapované souřadnicemi x, y, z, začne „svítit“ na místech A a B vyšší aktivita při početním úkolu kolikže je 19x81, že právě tam je můj mozek aktivován a pokud se to podaří u 20 lidí, udělají vědci závěr, že násobení – přinejmenším těchto dvou čísel – aktivuje korovou oblast v uvedeném místě. V hlubších strukturách mozku to může být buď dosud nezmapovaná oblast nebo určité jádro neboli významný shluk buněk, o kterém se navíc ví, že se podílí např. také na práci regulace srdečního rytmu, svalového napětí, nebo něčeho jiného. Nic víc, nic míň, protože o mozku a jeho práci toho víme zatím ještě moc málo).

Zde je právě síla i slabost citované práce, která spočívá v zásadním postoji: korelace ještě neznamená kauzální souvislost. Je dobře, že autoři na to upozornili, nicméně jen na základě tohoto axiomu, není možné smést se stolu řadu zjištěných poznatků, označit výsledky zobrazovacích metod za „novodobou frenologii“ a kritizované práce spálit na hranici.

Námitky kritizovaných autorů, kteří již reagovali na neformálně publikovaný text se shodují v tom, že rozhodně nedošlo k nikoli-nezávislé chybě, protože korelaci velikosti voxelů nelze považovat za základní statistickou metodu. Prohlašují, že zjišťovaná velikost aktivované mozkové tkáně a psychologické reakce jsou reálné, že

v žádném případě nešlo o kritiky podsouvaný šum. A to, že korelace jsou těsné rozhodně neznamená, že tato zjištění jsou nemožná, není tedy třeba nálepkovat je pojmem „voodoo“. Zásadní námitkou je, že kritika, která se údajně zaměřuje na sociální neurovědy nemá s touto oblastí ve skutečnosti nic společného a vztahuje se de facto pouze na metodiky zobrazovacích metod (hlavně fMRI), které jsou propracované a všeobecně používané⁷.

Ztotožnil bych se s názorem autora jednoho z četných diskusních příspěvků, a to „že Vul se spolupracovníky misinterpretovali celou problematiku a místo reality vytvořili jakéhosi „strašáka“, do kterého se nyní trefují.“ Zajímavé na samotném článku i na celé diskusi je, že nikdo ze zúčastněných nevzal v potaz selskou logiku a přesvědčivý pohled z „opačného gardu“, čímž mám na mysli neurochirurgické stereotaktické studie prokazující, že podráždění některé oblasti mozku vyvolá psychofyziologickou reakci. To už totiž o kauzalitě je!

V roce 1999 popsal Bejjani se spolupracovníky⁸ těžkou depresivní reakci u 65leté ženy s negativní psychiatrickou anamnézou vyvolanou iatrogenní vysokofrekvenční stimulací oblasti levé substantia nigra⁹ při terapeutickém pokusu ovlivnit farmakorezistentní motorické příznaky Parkinsonovy choroby. Kritická elektroda přitom byla zavedena pouze o 2 mm níž, než elektrody, jejichž aktivita přinesla terapeutický efekt. Celý postup dvakrát zopakovali s naprosto stejným výsledkem, pořízen byl také impresivní videozáznam. Tedy stoprocentní korelace. Obdobných příkladů lze najít v literatuře doslova stovky, navíc klinická zkušenost jednoznačně potvrzuje, že v případě postižení oblasti levých bazálních ganglií cévní mozkovou

příhodou se vyskytuje deprese u více než 60 % nemocných.

Obsah Vulovy práce a především její prezentace chtě nechtě vnucují myšlenku, že autoři vytvořili jakýsi vědecký HOAX, který se jim podařilo úspěšně rozšířit. Pokud jde o motivy jejich počínání, lze se jen domýšlet; napadají mě dva, přičemž se vzájemně nevylučují. Autor se rozhodl, že je nejchytřejší ze všech metodiků, a že to koryfeům vědy „osladí“ (asi jako my Evropě). Druhý možný motiv mi kdysi odhalil jeden vědecký machiavellista: touto cestou si autor zajistil patrně nejvyšší citovanost v daném období, protože každý, kdo mu bude oponovat, musí jeho práci uvést. I tak se dají sbírat body.

LITERATURA

1. Vul E, Harris C, Winkleman P, Pashler H: Voodoo correlations in social neuroscience. In Press: Persp Soc Sci, 2009
2. Botvinick M, Jha AP, Bylsma LM et al: Viewing facial expression of pain engages cortical areas

- involved in the direct experience of pain. Neuroimage, 2005;25:312-319,
3. Geraciotti TD, Carpenter RL, Owens MJ, et al: Elevated cerebro-spinal fluid substance P concentrations in posttraumatic stress disorder and major depression. AmJPsychiatry 2006;163(4):637-643,2006
4. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD: Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. Science, 2003;302:290-292
5. Hooker CI, Verosky SC, Miyakawa A, et al.: The influence of personality on neural mechanisms of observational fear and rewarding learning. Neuropsychologia, 2008;446(11):2709-2724
6. **Pixel** (zkrácení anglických slov *picture element, obrazový prvek*) je nejmenší jednotka digitální rastrové grafiky. Představuje jeden svítící bod na monitoru, resp. jeden bod obrázku. **Voxel** (*volume element*) prostorová analogie pixelů.
7. [http://www.scn.ucla.edu/pdf/LiebermanBerkmanWager\(invite_dreply\).pdf](http://www.scn.ucla.edu/pdf/LiebermanBerkmanWager(invite_dreply).pdf)
8. Bejjani BP, Damier P, Arnulf I., et al.: Transient acute depression induced by high-frequency deep-brain stimulation. NEJM, 199;340(19):1476-1480
9. Substantia nigra je část středního mozku ve které je produkován dopamin

1.2.2009

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Ústav všeobecného lékařství 1.LF UK
v Praze , Albertov 7, 12800 Praha 2
radkinh@seznam.cz





PŮVODNÍ PRÁCE, VĚDA, VÝZKUM

DAVID SKORUNKA: ŽIVOTNÍ PŘÍBĚHY JAKO ZÁKLAD PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY¹

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Hradec Králové
Přednosta Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

Souhrn:

Článek pojednává o problematice tzv. lékařsky nevysvětlených příznaků, které bývají v psychiatrické klasifikaci řazeny do široké kategorie somatoformních poruch, Autor prezentuje některé současné poznatky a výzkumy a také věnuje pozornost různým aspektům komunikace pacient-lékař a významu vzájemné interakce ve vztahu k uvedené problematice. Autor se dále zabývá psychosomatickým pojetím medicíny a možným přínosem různých psychoterapeutických přístupů pro skupinu pacientů s tzv. lékařsky nevysvětlenými příznaky. Součástí článku je také úvaha o tom, které kroky by mohli přispět k důslednější aplikaci bio-psycho-sociálního modelu v medicíně.

Summary:

The article deals with so called medically unexplained symptoms, which are being classified in psychiatric category of somatophorm disorders. The author presents overview of some recent opinions as well as research findings related to this matter. Particular attention is paid to several aspects of communication between doctor-patient and to importance of their mutual interaction in this respect. The author also discusses both psychosomatic perspective in medicine and prospective benefit of some psychotherapy approaches for patients with so called medically unexplained symptoms. In the article, some possible steps are suggested that could contribute to more consistent application of bio-psycho-social model in medicine.

¹ Článek vznikl na základě přednášky pro praktické lékaře jako úvod do psychosomatické medicíny

Klíčová slova:

Lékařsky nevysvětlené příznaky, somatizace, somatoformní poruchy, psychosomatické onemocnění, psychosomatická medicína, psychosociální faktory, psychotherapie, rodinná terapie, příběh a vyprávění.

Keywords:

Medically unexplained symptoms, somatisation, somatoform disorders, psychosomatic disease, psychosomatic medicine, psychological and social factors, psychotherapy, family therapy, story and narrative.

ÚVOD

Praktické lékaře i specialisty navštěvuje významná skupina pacientů, kteří si stěžují na tělesné potíže, ačkoli opakovaná laboratorní či instrumentální vyšetření nepřinášejí jednoznačné vysvětlení potíží ani podklad pro stanovení jasné diagnózy organického onemocnění. Dle některých studií přibližně 27 % jedinců v sekundární péči vyhledá jednou či opakovaně lékaře pro objektivně nevysvětlené potíže (1). Podle Hotopfa a kol. až 52% procent nových pacientů ze sedmi zkoumaných ambulantních pracovišť splňovalo kritéria lékařsky nevysvětlených příznaků (2). Nejvyšší prevalence ve studii zmíněných autorů byla zaznamenána v gynekologické ambulanci. Diagnostika pacientů s „lékařsky nevysvětlenými příznaky“ je náročná nejen pro praktické lékaře, ale i specialisty a samotné psychiatry. Diagnostický proces neusnadňují ani částečně se překrývající, výhradně deskriptivní kategorie, které jsou navíc provázeny rozmanitými implicitními významy, aniž by vždy bylo jasné, jaký postup, či jaká kombinace terapeutických postupů by byla v případě konkrétního pacienta optimální. Pacient s „lékařsky

nevysvětlenými“ nezapadá do současného biomedicínského rámce, v němž dominuje mnohdy příliš jednostranné zaměření na vyloučení somatického onemocnění (3). Zdali u takového pacienta hovoříme o somatoformních či disociačních poruchách anebo o psychosomatických potížích, není vzhledem k dominantnímu biomedicínskému modelu a organizaci zdravotní péče příliš podstatné.

Při hledání komplexních postupů a optimálních forem komunikace se zmíněnou skupinou pacientů vyvstává několik otázek. Co prožívá tzv. somatizující či psychosomatický pacient putující v současném zdravotnickém systému? Jak se cítí lékaři, kteří se u takového pacienta opakovaně snaží zjistit biologickou příčinu jeho potíží s pomocí různých vyšetření? Jaké důsledky má jednostranný pohled na stonání a nerealistická očekávání týkající se samotné farmakologické léčby na ekonomickou situaci v našem zdravotnictví? Jsou některé psychotherapeutické přístupy pro pacienty s „lékařsky nevysvětlenými příznaky“ vhodnější? Představuje často diskutované psychosomatické pojetí medicíny přínos pro tuto skupinu pacientů? Je na místě komplexnější edukace zdravotníků i veřejnosti o zdraví a nemoci ve smyslu psychosomatického

pojetí medicíny? Jaké změny v organizaci zdravotní péče mohou podpořit rozvoj psychosomatického myšlení a jeho aplikaci do klinické praxe? Je důraz kladený na ostré ohraničení nosologických kategorií, v tomto případě u diagnózy somatoformní poruchy, tím nejlepším možným základem pro budoucí spolupráci s pacientem a zvažované léčebné metody? V následujícím textu se pokusíme prezentovat některé současné poznatky, uvést příklady z vlastní zkušenosti a také odpovědět na vznesené otázky.

LÉKAŘSKY NEVYSVĚTLENÉ PŘÍZNAKY

Nejčastější duševní onemocnění diagnostikovaná u pacientů v ordinaci praktického lékaře jsou somatoformní, depresivní a úzkostné poruchy (4). V případě tzv. somatoformní poruchy je charakteristické, že si pacient stěžuje na tělesné příznaky, které mu způsobují bolest, pocit nepohody, trápení a obavy či různá omezení. Pacient zákonitě vyhledává opakovaně lékařskou péči, ale povahu potíží se nedaří přijatelně vysvětlit zjištěním přítomnosti organické patologie či probíhajícího patofyziologického procesu. Podle různých průzkumů lze na základě kritérií mezinárodní klasifikace nemocí diagnostikovat somatoformní poruchu u každého čtvrtého pacienta v primární péči (5). Seznam rozmanitých potíží, na které si pacienti stěžují, by byl obsáhlý; nejčastěji se jedná o gastrointestinální potíže, algické syndromy (bolesti zad, hlavy, kloubů, svalů), závratě, únavu, a kardiovaskulární potíže (6).

Přítomnost tělesných potíží bez organické příčiny může být typickým projevem depresivní poruchy. V tomto

případě se hovoří o tzv. skryté neboli larvované depresi, kdy klasické afektivní a behaviorální projevy svědčící pro depresi nejsou výrazné nebo dokonce chybí. Místo nich dominuje únava a nespecifické tělesné potíže či pocity nepohody. Převaha tělesných příznaků se podle některých prací objevuje až u 50-90% případů deprese, jiní autoři udávají převahu tělesných příznaků u depresivního pacienta v 75%. (7) Tělesné potíže doprovázejí i poruchy úzkostné, zejména panickou a generalizovanou úzkostnou poruchu. Přítomnost deprese či úzkostné poruchy je tedy třeba v případě nejasných tělesných potíží zvážit a nabídnout léčbu psychofarmakologickými prostředky. K diferenciatně diagnostické úvaze je možné přiřadit i další nosologické kategorie, jako například disociační poruchy, simulaci, apod. Je třeba vyloučit i některá virová či endokrinologická onemocnění, např. lymeskou boreliozu nebo nemoci štítné žlázy. Podrobněji je diferenciatní diagnostika zpracována v jiných dobře dostupných zdrojích (8,9).

Pro přítomnost tělesných potíží bez zjištěné organické příčiny se v angloamerické odborné literatuře stále častěji používá termín „lékařsky nevysvětlené potíže“ (angl. *medically unexplained symptoms*). Jiní hovoří o funkčních poruchách či o somatizaci. Používané termíny jsou záměrně pouze deskriptivní a nenaznačují žádný kauzální vztah. Je tomu tak i proto, že jiný termín v této souvislosti užívaný, tzv. „psychosomatické“ potíže, je podle některých studií samotnými pacienty vnímaný negativně. Termín je pro některé pacienty takřka synonymem pro něco předstíraného, vymyšleného (10). Přesto v případě somatoformních potíží řada lékařů, psychoterapeutů či vědců předpokládá, že vznik a trvání „lékařsky

nevysvětlených potíží“ bývá podmíněno komplikovanými psychosociálními vlivy, které vždy nebývá snadné rozpoznat a řešit (11). Někteří zastánci psychosomatického či systémového myšlení v medicíně poukazují na to, že symptomy je třeba v některých případech chápat jako nepřiliš uspokojivé náhradní řešení ve složitých interpersonálních či životních situacích (12). O těchto aspektech bude v další části textu pojednáno podrobněji.

Konceptualizace „lékařsky nevysvětlených příznaků“ s pomocí diagnostického konstruktů skupiny somatoformních poruch je v současnosti hojně diskutována. Nad přínosem této nosologické kategorie pro zajištění komplexní péče o tuto skupinu pacientů se zamýšlejí různí odborníci na stránkách periodik jako je *British Medical Journal* nebo *British Journal of Psychiatry*. Například Sharpe a Mayou uvádějí několik námitek týkajících se teoretické i praktické roviny. Za hlavní teoretický limit považují samozřejmý předpoklad psychogeneze tzv. somatoformních poruch a implicitní sdělení, že příčina somatoformní poruchy jakožto definované duševní nemoci je známá a srozumitelná. Přitom jde spíše o multifaktoriální etiopatogenezi ve smyslu kombinace fyziologických (mírně patologických) stejně jako psychologických a sociálních faktorů. Označení tělesných potíží diagnózou somatoformní poruchy může vést k přehlédnutí deprese či úzkostné poruchy (13). Kromě zrušení kategorie somatoformní poruchy a používání jiného termínu, například „funkční poruchy“, který je dle některých studií pro pacienty přijatelnější, Sharpe a Mayou navrhují i další, zásadnější změny. Kládou důraz na větší pozornost věnovanou příznakům a symptomatice léčbě, namísto zaměření na patologicky

definovanou poruchu. Dále poukazují na nezbytnost brát vážně pacientovi protesty, že jeho potíže jsou tělesné povahy a pokusit se potížím porozumět jako takovým, nikoli jako pouhým známkám nějaké diagnózy. V autory představeném post-somatoformním světě by v medicíně měl převládat integrovaný přístup, kdy by součástí poskytované zdravotní péče bylo i psychologické vyšetření a intervence (14).

Ať budeme v souvislosti se zmíněnou skupinou pacientů používat jakýkoli termín, nemůžeme opominout známý fakt, že tito pacienti často využívají v hojně míře zdravotní služby na úrovni primární i sekundární péče. Opakovaná vyšetření, hospitalizace i operační zákroky představují nejen ekonomickou zátěž pro současné, obtížně reformovatelné zdravotnictví, ale mohou představovat pro pacienty i riziko zbytečných někdy i iatrogenizujících zákroků a často i výroků personálu. Otevřená je i otázka týkající se volby nejvhodnějších terapeutických postupů či jejich kombinace.

STEREOTYPNÍ POHLED NA SOMATIZUJÍCÍHO/PSYCHOSOMATIC KÉHO PACIENTA

Kromě toho že je problematika tzv. somatoformních potíží náročná diferenciatně diagnosticky, je podle mého názoru obtížná též komunikačně. A to jak pro lékaře, tak pro samotné pacienty. U duševních poruch obecně je závažným problémem stigmatizace a převládající stereotypy v nazírání jak na jedince s duševními problémy tak na celou psychiatrii a její zástupce. To samé platí i v případě vymezené skupiny tzv. „somatizujících“ či psychosomatických pacientů. Pacient, kterého trápí

nepříjemné, opakující se a neustávající tělesné obtíže, v mnohých případech „cestuje“ od jednoho specialisty ke druhému, aniž by se vždy dočkal uspokojivého vysvětlení či úlevy. Obrazně řečeno se tak se ocitá v „zemi nikoho“, neboť mu nemusí být jasné, do čí péče vlastně patří. Pocity nejistoty mohou narůstat tehdy, pokud lékař po vyloučení závažného onemocnění pacientovy potíže bagatelizuje a bez adekvátního osvětlení odesílá pacienta k psychiatrovi. Roztříštěnost medicíny na mnoho oborů a podoborů a následná neschopnost nahlédnout pacienta a jeho potíže v kontextu jeho vývoje a životní situace je v těchto nejednoznačných situacích značnou nevýhodou. Pacienti také často mívají dojem, že lékař jejich „obtížně zařaditelné“ potíže nebere vážně, což samo o sobě přispívá k tenzi a emočnímu postoji, jež může bránit vzniku důvěry a spolupráce. V mnohých případech si pacient vyslouží nelichotivá označení jako je „hysterka“, „somatizér“, někdy hovoříme o „problémovém“ či „rezistentním“ pacientovi.

Častý je předpoklad, že typický somatizující pacient nepřijímá lékařův výklad ani vysvětlení, a dokonce popírá možné psychologické vysvětlení obtíží. Jinou variantou stereotypního pohledu je představa, že somatizující jedinec je méně odolný či dokonce neschopný adekvátně řešit životní situaci. I když to v některých případech vystihuje situaci, všeobecné generalizace a stereotypní očekávání se mohou stát překážkou v nahlédnutí individuálního významu „nevysvětlitelných“ potíží v životním kontextu daného pacienta. Řada psychoterapeutů u nás i v zahraničí zdůrazňuje, a vlastní zkušenost to též potvrzuje, že respekt k pacientovi, k jeho stonání a zvládání či nezvládání životní situace, bez hodnotících soudů, je nezbytnou podmínkou terapeutické

spolupráce (15). Pacienti s „lékařsky nevysvětlitelnými příznaky“ a jejich rodiny mají bohužel příliš často pocit, že nepatří do zdravotnického systému, na němž přitom závisí. Popisují pocity odcizení, devalvace, neporozumění a v podstatě prožívají totéž jako jakákoli jiná marginalizovaná skupina ve společnosti (16).

Zařazení pacientových potíží do pomyslné psychosomatické kategorie může mít podobné důsledky jako nálepka somatoformní poruchy. Různí odborníci si všimli, že tento termín užívaný s cílem zachytit duševní, tělesnou a sociální jednotu člověka v technologicky vyspělé a zároveň stále více odlidštěné medicíně nepovažují lidé za výstižný. Označení za psychosomatického pacienta považují někteří za zpochybnění vážnosti svých potíží. Někteří pacienti vnímají zařazení do psychosomatické kategorie tak, že si za své potíže mohou sami (17). Toto vnímání navíc bohužel někteří psychoterapeuti posilují svými výroky a hrubě zjednodušenými interpretacemi. Termín psychosomatické onemocnění provází to samé, co i jiná označení a odborné termíny, které se zvláště v posledních letech stávají součástí každodenního jazyka. Na rozdíl od běžné řeči mohou odborné termíny spíše bránit v uvědomění si a porozumění vlastním subjektivním prožitkům, včetně jejich významu v kontextu rozmanitých vztahů a situací. S odbornými termíny jsou spojovány různé významy a kauzální atribuce. Atribuce, neboli příčinný výklad obtíží, spoluurčuje naše další konání a způsoby, jak v dané situaci postupovat či daný problém řešit. V této souvislosti můžeme aplikovat podobné zákonitosti, které se týkají vlivu a významu metafor v našem jazyce. Před pětadvaceti lety ve své stěžejní práci Lakoff s Johnsonem na mnoha

příkladem popsali, jak metafory prostupující každodenní jazyk pomáhají různé aspekty naší zkušenosti zdůraznit a koherentně organizovat. Některé aspekty skutečnosti používané metafory zvýrazňují a jiné naopak zakrývají. Zároveň se stávají průvodcem pro budoucí činnost (18). Podobně každý termín implikuje určitý pohled nebo perspektivu na svět a danou problematiku a také odpovídající intervenci, jež považujeme za adekvátní.

Co to znamená pro klinickou praxi? Například označíme-li pacientovo trápením termínem depresivní porucha, implicitně tím sdělujeme, že jde o nemoc a že jediným legitimním prostředkem je antidepressivní medikace. Ta je v mnoha případech jasným postupem *lege artis* a bylo by chybou popírat její efekt nejen v případě kategorie afektivních poruch. Užitečnost zejména novějších generací antidepressiv (SSRI, IV.generace) je v praxi zřejmá, byť několik studií jednoznačně pozitivní přínos narůstající preksripce této skupiny psychofarmak zpochybňují (19-22). Vzhledem k dominantní pozornosti věnované biologické rovině duševních nemocí v současné psychiatrii ale používání termínu deprese společně s masivní kampaní většinou nezahrnuje možnost či vhodnost jiného než farmakologického postupu. Přitom jsou se objevují další a další výzkumy, poukazující nejen na účinnost některých psychoterapeutických přístupů (interpersonální, kognitivní, systemická párová, experienciální, narativní) ale především na optimálnost kombinaci farmakoterapie a psychoterapie (23-25). Podle některých zahraničních kritiků z řad psychiatrů potlačuje jiné přístupy především současná hegemonie biologické psychiatrie, jež je založená na předpokladu, že psychiatrické problémy lze konceptualizovat jako samostatné

entity vyskytující se u jedinců a které lze definovat nezávisle na sociálním kontextu. Jiné přístupy, především psychologické a sociologické, které hledají porozumění psychiatrickým problémům na individuální a sociální rovině, jsou odsunuty na okraj zájmu akademické psychiatrie (26). Pacienti, jejichž potíže nejsou snadno vysvětlitelné a zařaditelné v rámci současné klasifikace, se pak též ocitají v problematické situaci a nemusí se dočkat vhodné léčby, která navíc bývá důsledku výše zmíněných okolností hůře dostupná.

VÝZNAM INTERAKCE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

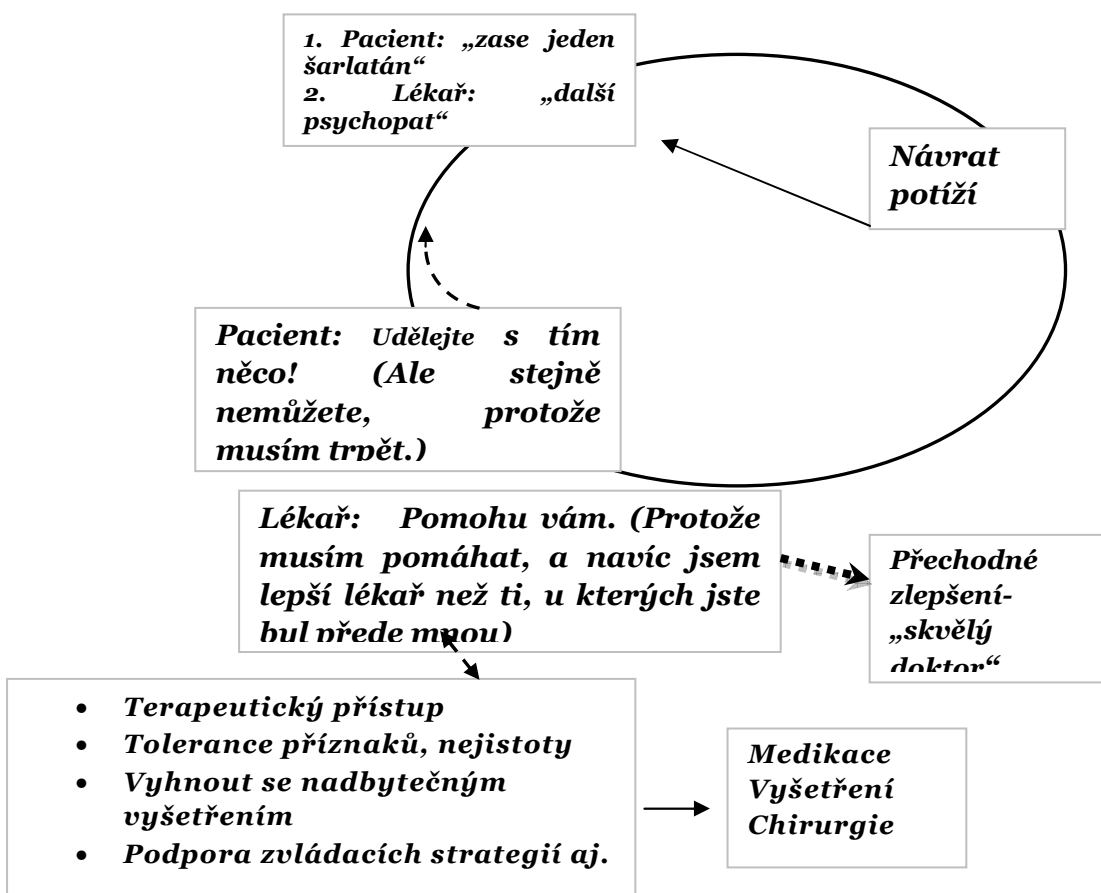
Význam interakčního procesu nejen mezi pacientem a lékařem, ale i dalšími členy rodiny pacienta vystihuje McDanielová, který hovoří o somatizaci jako o „procesu, během kterého se lékař(i) a/nebo jeho pacient(i) nebo rodinní příslušníci zaměřují pozornost výlučně nebo nepřiměřeně na somatické aspekty mnohem komplexnějšího problému“ (27).

V případě „lékařsky nevysvětlených příznaků“ bývá pacient nespokojen s vysvětlením či léčbou, zvláště pokud tělesné obtíže trvají, nebo se opakují či proměňují. Mnohdy pacienta neuklidní ani opakované ujištění lékaře, že výsledky vyšetření jsou negativní, respektive, že nebylo zjištěno žádné závažné onemocnění, které by mohlo tělesné potíže působit. Situaci může zhoršovat nedostatečné vysvětlení, proč je nutné některé další vyšetření doplnit či zopakovat. Pacient prožívá napětí, nejistotu, někdy násobenou rozpaky samotného lékaře. Ten dříve či později začne ztrácet trpělivost, když pacientovi

opakovaně sdělil, že žádnou skutečnou chorobou netrpí. Podobné závěry nemusí pacienta vůbec zbavit obav, naopak je často vnímá jako zpochybnění svých potíží, jejichž existenci zcela reálně a někdy i dlouhodobě zažívá na svém těle. Celý interakční cyklus nabývá v řadě případů povahy bludného kruhu, na jehož trvání se podílí obě strany, byť každá z jiných důvodů. Lékař se snaží pacienta řádně vyšetřit i zmírnit vlastní nejistotu, zatímco pacient hledá vysvětlení a úlevu od svých potíží.

Způsob, jakým lékař komunikuje s pacientem a také organizace a nastavení zdravotnického systému může mít vliv na

další průběh ve smyslu posilování role nemocného a dokonce i směřování k chronicitě. Příliš úzké zaměření na tělesné příznaky a opakovaná vyšetření posilují pacientovo přesvědčení o existenci tělesného onemocnění, dále přispívá k narůstající nespokojenosti pacienta se zdravotnictvím. K tomu je nutné přičíst zvyšující se náklady na vyšetření a kombinace farmak i narůstající frustraci zdravotníků, kteří se s těmito pacienty opakovaně setkávají. Následující obrázek ilustruje patologizující cyklus opakovaného vyšetřování a intervencí, který může v extrémních případech vyústit až do iatrogenního poškození (28).



Tab.č.1. Patologizující interakční cyklus, upraveno dle Quill, T.E., 1985

Uvedený příklad interakčního cyklu je jednou z mnoha variací, která může a nemusí odpovídat zkušenosti praktického lékaře či specialisty. Co

vede lékaře ke spoluvytváření podobných interakcí? Ve hře je celá řada faktorů, jejichž přehled výstižně nabízí například Fink a kol.(29).

Tab.č.2. Iatrogenní faktory u somatizace, upraveno a zkráceno podle Fink et. al, 2002

Strach z přehlédnutí vážného somatického onemocnění

Obavy z možných stížností pacientů, odchodu pacientů ke kolegům v případě nespokojenosti s léčbou
Obavy z možných právních komplikací

Nedostupnost psychiatrické péče

Pocit nedostatečné kompetence pro řešení behaviorálních/ psychických problémů

Tradiční a stereotypní představy o vlastní roli lékaře

Obavy z otevření „Pandořiny skříňky“
Nedostatek času

Porozumění vlivu zmíněných faktorů na patologizující interakce v ordinaci je prvním nezbytným krokem k tomu, aby se spolupráce mezi lékařem a pacientem odvíjela jinak. Samo o sobě je ale porozumění nedostatečné, pokud po něm nenásledují odlišné postupy, které vybočují ze zažitých tradic a stereotypních představ o roli lékaře a léčbě. Stejně tak v mnohých případech nemusí být dostatečné sdělení lékaře, že pacientovi příznaky nejsou projevem žádného vážného onemocnění. Výrazný rozpor mezi odborným výkladem lékaře a subjektivním prožíváním pacienta včetně jeho vlastního výkladu vede často ke nedorozumění, pocitu odmítání, zlehčování a narušení vzájemné důvěry. Přitom podle některých studií jsou mnozí

pacienti připraveni na souběžný průběh biologické léčby a psychosociálních přístupů (30).

CO BYCHOM MOHLI DĚLAT

Pokud pacient absolvuje všechna navržená vyšetření s negativním nálezem, je zpravidla doporučen praktickým lékařem nebo specialistou k psychiatrovi. Vzhledem k přetrvávajícímu stigmatu, jež se nejen v našem prostředí váže k diagnóze duševní choroby a psychiatrie jako oboru, vyžaduje doporučení k psychiatrovi obvykle citlivější přístup

než návrh k návštěvě jiného specialisty. Někdy se praktický lékař díky možnosti preskripce stále většího počtu psychofarmak pokouší pacientovi potíže zmírnit bez konzultace s psychiatrem. Nakonec ale na doporučení k psychiatrickému vyšetření dříve či později dochází a právě forma doporučení může částečně ovlivnit nejen pacientovu ochotu psychiatra navštívit, ale také jeho očekávání od psychiatrické léčby.

Ne vždy bývá pacient o důvodech o psychiatrickém vyšetření a záměrech doporučujícího lékaře adekvátně informován. Stále se čas od času setkávám s pacienty, kteří nechápou, proč mají navštívit psychiatra, když se cítí duševně zdraví a mají tělesné potíže. Dokonce i někteří kolegové psychiatři „nařídí“ pacientovi, aby si našel psychoterapeuta, aniž by sdělili, co je k takovému doporučení vede, a co je možné od psychoterapeutické spolupráce očekávat. Pro některé pacienty může být obtížné připustit, že potíže souvisejí s konfliktní situací, životními okolnostmi či obtížně řešitelným problémem. Nevědomé obranné mechanismy fungují, ať už jsme nebo nejsme psychoanalytickým konceptům nakloněni. Radikální, uspěchané a necitlivé odkrývání obranných mechanismů samo o sobě může situaci spíše zhoršit, stejně jako automatický předpoklad, že tělesný příznak je vždy symbolickým vyjádřením potlačované emoce či neřešeného konfliktu ve smyslu „tělesné“ řeči, kterou lze podle jednoduchého klíče „rozluštit“. Zjednodušené a příliš ukvapené psychogenní výklady mohou nadělat podobnou škodu, jako často kritizovaný biologický redukcionismus.

Crittendenová, zabývající se citovou vazbou (angl. *attachment*) a paměťovými systémy, upozorňuje, že práce s traumatickými událostmi a jejich reintegrace/ koherentní začlenění do životního příběhu je možné pouze tehdy, když člověk zažívá v terapii ekvivalent bezpečné citové vazby (angl. *secure attachment*). Tedy když nevnímá žádné hrozící nebezpečí, odmítnutí, hodnocení, ponížení a s tím spjaté nepříjemné zážitky či emoce (31).

Mnohem důležitější než jednoduché kauzální vysvětlení se alespoň zpočátku jeví ochota vyslechnout pacientovi stížnosti a obavy, snaha o otevřený dialog, a nastínění dalších možností. Pouze pacient, který měl pocit, že ho lékař vyslechl a snažil se mu porozumět, bude nakloněn další spolupráci. Přesto nelze vždy očekávat, že optimální přístup a komunikace ze strany lékaře zaručí ochotu pacienta přijmout jiný pohled na věc a přispěje k jeho odhodlání vyhledat psychoterapeuta. Je jistě žádoucí, aby se pacienti snažili být aktivní, zodpovědní za své zdraví a nedelegovali tuto zodpovědnost pouze na nás, lékaře. Všichni pacienti ale nemusí být nakloněni komplexnějšímu přístupu léčby, jejíž součástí by byla psychosomatická perspektiva či různé formy psychoterapie. Jak si ostatně všimají i odborníci za hranicemi medicíny, jedním z úskalí psychosomatické medicíny je to, že nutí pacienta k větší zodpovědnosti za vlastní osudy a k určité míře sebeuvědomění, sebe-odpovědnosti a vzhledu do vlastní životní i rodinné situace (32).

V následující tabulce jsou uvedené možné orientační body pro interakci lékař – pacient s „medicínsky nevysvětlenými příznaky“.

Vyloučení organického onemocnění
Medikamentózní úleva od potíží, pokud je to možné.

Zvážit možnost deprese, panické úzkosti (a další úzkostné poruchy) a navrhnout psychofarmakologickou léčbu.

Brát potíže pacienta vážně (poskytnout prostor pro pacientovo vyprávění), zaměřit se na pacientovu hlavní starost, obavu, potřeby.

Důvěra a otevřenost, ochota připustit nejistotu ohledně příčiny potíží, adekvátně informovat o výsledcích vyšetření.

Pamatovat na možný význam „role nemocného“ v kontextu pacientova života a vztahů.

Tab.č. 3. Jak postupovat v praxi

Někdy je nutné opakovaně zdůraznit, že o existenci a intenzitě potíží nepochybujeme, přestože výsledky vyšetření našťastí vyloučili závažné onemocnění. Jindy bývá užitečné posunout téma rozhovoru od popisu potíží směrem k hlavním obavám a starostem pacienta. Osvědčuje se otevřenost a ochota připustit nejistotu ohledně příčiny potíží a samozřejmě adekvátní způsob informování o plánovaných vyšetřeních i jejich výsledcích. I když v běžném ambulantním provozu nebývá čas na systematickou práci s dalšími možnými faktory a vlivy, pamatovat na možný význam role nemocného v kontextu pacientova života a současných vztahů se vyplatí. Aníž bychom chtěli hledat lineárně kauzální souvislost pacientových obtíží s kvalitou rodinných vztahů či životní situací, je mnohdy cenné přizvat ke konzultaci další rodinné příslušníky. Zároveň je vhodné podporovat pacienty ve vytváření realistického očekávání a zmínit možnosti i limity současné medicíny.

Užší spolupráce mezi praktickým lékařem a psychiatrem či psychoterapeutem by v mnohých případech byla bezesporu cenná, ale tato varianta zatím naráží na ekonomické, koncepční i personální faktory v současné atomizované, byť technologicky velmi vyspělé, medicíně.

Pro další spolupráci s psychiatrem či případnou psychoterapeutickou péčí je pak klíčové pokusit se pacienta motivovat k návštěvě kolegy tak, aby neměl pocit, že máme pochyby o jeho duševním zdraví nebo dokonce o „pravosti“ tělesných potíží. Postoj a způsob komunikace praktického lékaře nebo specialisty může do značné míry ovlivnit pacienta s „medicínsky nevysvětlenými příznaky“ v jeho rozhodování, zdali se bude sám nebo s podporou psychiatra/ psychoterapeuta zabývat svým životem a psychosociálními souvislostmi potíží. Následuje jedna z variant možného návrhu návštěvy psychiatra /psychoterapeuta (33).

Tab.č.4. Doporučení k psychiatrovi/psychoterapeutovi, upraveno dle Fink et al, 2002

„...Mám pro Vás dobrou zprávu. Podle výsledků vyšetření vaše potíže nejsou naštěstí způsobené žádnou vážnou chorobou. Je mi ale jasné, že ty potíže jsou velmi nepříjemné a obtěžují vás.

Mám kolegu, psychiatra/psychoterapeuta. Pracuje s lidmi, kteří mají podobné potíže jako vy. Mohl by vám pomoci a já sám bych rád věděl, co si o vašem problému myslí. Pokud budete chtít, napíšu vám k němu doporučení a můžete se u něho objednat...“

PSYCHOSOMATICKÉ MYŠLENÍ

Již bylo v textu naznačeno, že problematika „lékařsky nevysvětlených příznaků“, diagnostické kategorie somatoformních poruch a psychosomatické medicíny se částečně překrývá. V posledních deseti letech je možné v České Republice pozorovat opětovné zvýšení zájmu o psychosomatiku jako o formu celostního nazírání na zdraví a nemoc. Svědčí o tom kurzy iniciované kolegy v rámci postgraduálního vzdělávání IPVZ i ČLK a další vzdělávací akce včetně psychoterapeutických kurzů a výcviků, jež navštěvuje stále větší počet nejen psychiatrů, ale především praktických lékařů a jiných specialistů. Přitom není u konce diskuse, co se vlastně psychosomatikou myslí. Četní odborníci se přou, zdali by mělo jít o samostatný obor anebo zdali se jedná o odlišný druh myšlení o vzniku a průběhu nemocí, o vztahu mezi tělesnem a duševnem a pochopitelně o léčbě. Diskuse se vedou

též o tom, jak definovat psychosomatické onemocnění, zdali lze jasnou hranicí odlišit poruchy či choroby jednoznačně psychosomatické a ty ostatní, pro které je zde k dispozici vědecká medicína. Vymezení skupiny typických psychosomatických poruch před několika desetiletími Franzem Alexanderem (hypertenze, peptický vřed, Crohnova choroba, astma bronchiale, mentální anorexie a bulimie atd.) je ve světle narůstajících poznatků některými lékaři zpochybňováno. Podle jedné z definic je psychosomatické onemocnění takovou tělesnou poruchou a chorobou, u níž se psychosociální faktory uplatňují výrazně při etiopatogenezi, průběhu a též při diagnosticko terapeutické činnosti či prevenci (34). Zda se při etiopatogenezi uplatňují více biologické či psychosociální faktory, nebývá vždy snadné jednoznačně posoudit, navíc takové posouzení záleží i na tom, s jakou koncepcí či před-porozuměním k této otázce přistupujeme.

Téměř u každého onemocnění hraje roli nejen vlastní diagnóza jako odborný konstrukt, ale také subjektivní prožívání člověka. Jak sám sobě pacient rozumí, jak chápe své potíže, jaké změny v jeho životě s nemocí souvisí, jak se o nemoci hovoří v rodině, jak stonání rozumí pacientovi nejbližší a jak situaci všichni zvládají atd. Vztah k sobě, vztahy s nejbližšími, ke světu a životní okolnosti ovlivňují dnes tolik skloňovaný *well-being* jedince, duševní i tělesní zdraví. V poslední řadě tyto faktory ovlivňují schopnost čelit a zvládnout případné onemocnění. I kdybychom dříve či později byli schopni s narůstajícím biotechnologickým pokrokem popsat primární vliv biologických a genetických faktorů na vznik většiny chorob, psychologické a sociální faktory budou průběh onemocnění ovlivňovat.

Byť došlo na konci 20.století ke kulturnímu posunu od primárně psychosociálního modelu poruch u dětí a dospělých ve prospěch geneticko-biologického rámce posunu (35), zájem o zkoumání psychosociálních faktorů na duševní a tělesné zdraví nepolevil. Naopak, množí se vyváženější poznatky a četné výzkumy z neurobiologie a příbuzných disciplin, které rozšiřují naše znalosti o psychosomatických vztazích a překonávají tradiční dichotomii *nature-*

nurture. Příkladem mohou být práce Daniela Siegela či Allana Schorea, věnované tématům traumatu, vzorcům citové vazby a obecně vlivu vztahovým faktorům a emočního klimatu v rodině na vývoj určitých oblastí a neuronálních spojů v mozku, regulaci emocí a na duševní zdraví (36,37). O některých poznatcích se dá říci, že v jistém smyslu potvrzují a zpřesňují některé teoretické předpoklady a východiska psychoanalýzy a psychodynamických směrů. Budoucí lékaři a především psychiatři se s těmito interdisciplinárními poznatky nemají šanci seznámit na běžných odborných akcích, na nichž dominují biologická a farmakologická témata úzce spjatá s farmaceutickým průmyslem. Tento stav, jehož vysvětlení by si vyžádali další článek, ale relevantnost zmíněných poznatků nijak nezmenšuje. Zvláště když je lze při troše snahy najít v seriózních zahraničních zdrojích.

Psychosociální faktory hrají roli nejen u obtížně klasifikovatelných „lékařsky nevysvětlitelných příznaků“, ale i u diagnosticky jasně vymezených tělesných či duševních poruch. Jejich význam ilustruje následující příběh z psychiatrické ambulance.

Tab.č.5. Příklad z praxe

54 - letá žena, vdaná, 2 dospívající děti, navštívila psychiatra na doporučení svého praktického lékaře pro nespacifikované žaludeční potíže, nespavost, zhoršení nálady. Provedená vyšetření bez patologického nálezu, během gastrokopie nebyly zjištěny známky vředové choroby. Během psychiatrického vyšetření byla diagnostikována depresivní fáze na základě dominujících příznaků: depresivní nálada, pesimistické myšlenky týkající se budoucnosti, zvýšená únavnost, pocit beznaděje, napětí, nespavost. K navržené psychofarmakologické medikaci byla pacientka ambivalentní, nicméně souhlasila s vyzkoušením zolpidemu pro nespavost.

Při druhé návštěvě se rozhovořila o své životní situaci. U její matky jsou počínající známky demence, není již sama soběstačná, starala se o ni skoro celý rok sama, přestože má ještě dva sourozence. Po roce již situaci nemohla vzhledem k pracovním a rodinným povinnostem zvládnout, nakonec to zařídili tak, že maminku přestěhovali do domu s pečovatelskou službou, kde je nyní půl roku. Paradoxně se jí samotné ale neulevilo, maminku navštěvuje několikrát za týden, přesto se nedočká vděku, spíše výčitek, pokud nepřijde, matka jí vyčítá, že ji zanedbává.

V průběhu dalších návštěv popisuje pacientka vztah s matkou jako dlouhodobě ambivalentní až konfliktní, připouští, že ani v minulosti neměli spolu příliš vřelý vztah. Přesto jí chce vyjít vstříc, snaží se jí v této fázi života být maximální oporou. Ukazuje se, že vzhledem k péči o matku jsou potřeby pacientky dlouhodobě v pozadí, žije v neustálém napětí, má pocit, že je toho na ní moc, každá návštěva u matky je pro ni stresující. Aktivita vlastní rodiny jsou narušeny, pacientka popisuje situaci, kdy matku o jednom víkendu nenavštívila a poté byla zahrnuta výčitkami.

V průběhu podpůrné psychoterapeutické spolupráce jsme se snažili věnovat pozornost různým aspektům této situace: Ambivalentním pocitům pacientky, její představě o zodpovědnosti a obrazu „starající se“ dcery, a také kvalitativní proměně vztahu s matkou ve smyslu větší autonomie a mezigenerační hranice aniž by to vedlo k posílení pochyb pacientky o vlastní „dost dobré“ péči o matku. Hovořili jsme i o možnostech rozdělení péče o matku s dalšími sourozenci, s nimiž vzájemné vztahy též nebyly ideální. Za hlavní oporu pacientka považovala svého muže, se kterým mohla bez ostychu o svých pocitech a obtížích mluvit, a který se též snažil být v celé situaci angažovaný, byť jeho představy o „přiměřené“ péči byli odlišné.

Během spolupráce se pacientka postupně vyrovnávala se svými pocity, hledala aktivně jiné možnosti přístupu k matce, pokusila se o vzájemnou domluvu se sourozenci o dalším společném postupu. Především ale postupně přehodnotila vztah k sobě, začala si více uvědomovat své potřeby a nebála se jim krok po kroku vyjít vstříc, aniž by poté podléhala stejně intenzivním pocitům provinění. I díky podpoře manžela s jí podařilo najít vyrovnanější pozici mezi vlastními potřebami, vlastní rodinou a péčí o nemocnou matku. Přibližně po desetiměsíční spolupráci paní Jana naznačila, že už cítí dost sil situaci zvládat sama. Referovala o výrazném zlepšení, o větší vnímavosti ke se svým potřebám i o svém odhodlání zorganizovat si svůj život a své vztahy uspokojivějším způsobem. Domluvili jsme se, že v případě jakýchkoli potíží či zhoršení může znovu naši ambulanci vyhledat. To se prozatím nestalo.

Uvedený příběh neobsahuje všechny detaily z několika terapeutických rozhovorů, které se přibližně v průběhu deseti měsíců odehrály mezi pacientkou a psychiatrem. Je také třeba říci, že v průběhu „léčby“ pacientka 4 měsíce užívala antidepressivum ze skupiny SSRI. Potřeba zvládnout některé pocity s pomocí psychofarmaka vzrostla v době, kdy se pacientka pokoušela více vymezit

vůči matce a kdy si hledala autonomnější pozici v jejich vzájemném vztahu. Fakt souběžné farmakologické léčby význam psychoterapeutické spolupráce nijak nesnižuje, zvláště vezmeme-li v úvahu, že výzkumy upozorňují na maximální efektivitu právě kombinace obou terapeutických přístupů. Přibývají také studie, které poukazují na význam psychoterapie ve smyslu snížení nákladů na hospitalizaci a farmakologickou léčbu (38,39). Vzhledem k tomu, že komplexní přístup bývá u „lékařsky nevysvětlených“

potíží optimální, je třeba brát ekonomické aspekty v úvahu a pokusit se vyvrátit některé neopodstatněné obavy z možného zvýšení nákladů na poskytovanou péči. Například několik nedávných studií přináší důkazy o tom, že začlenění rodinné terapie do komplexního terapeutického přístupu nezvyšuje signifikantně náklady spojené s poskytováním zdravotní péče (40). Předběžné výsledky několika studií také ukazují, že napříč všemi diagnózami duševních chorob pacienti využívající rodinné či párové terapie potřebují „méně“ psychoterapie než pacienti, s nimiž se pracuje individuálně. Pokud je dostupná rodinná terapie v domácím prostředí či v psychoterapeutické instituci, dochází k výraznému poklesu nákladů na zdravotní péči u různých potíží (41).

PSYCHOTERAPEUTICKÉ PERSPEKTIVY

Stejně jako psychosomatiku, tak i psychoterapii lze chápat různě. Buď jako jednoznačně definovaný přístup založený na využívání specifických intervencí, technik a lingvistických dovedností, jehož cílem je vyléčit pacienta, odstranit jeho potíže či poruchu. Anebo můžeme psychoterapii vidět dívat jako na setkání dvou a více jedinců, jejich světů, zkušeností, předpokladů a názorů, dočasně vytvořené spojenectví a specifický vztah, který má mít pro jednoho z účastníků léčebný přínos, ale který může poměnit všechny zúčastněné. Během psychoterapeutického setkání má pacient mimo jiné možnost vyprávět či převyprávět svůj příběh. Důležitá je nejen možnost vyprávění, ale také pocit, že nám někdo naslouchá, stejně jako

příležitost nahlédnout na svůj životní příběh či situaci z jiné perspektivy, v dialogu s dalšími lidmi. Význam vyprávění, porozumění sobě a svému životu s pomocí metafory příběhu je v současnosti hojně diskutované a zkoumané téma v humanitních vědách. Jak si všímají četní odborníci u nás a v zahraničí, díky příběhu můžeme nalézt porozumění životním událostem, způsobu života, emocím, přesvědčením, preferovaným hodnotám, formám vztahů a podobně (42,43). Tvorba příběhů nebo zasazení životních událostí do formy souvislého příběhu pomáhá člověku porozumět sobě a své zkušenosti. Proces vyprávění a metafora příběhu umožňuje smysluplně propojit události, myšlenky a pocity. Struktura a význam příběhu usnadňuje zvládnání vlastních prožitků a pomáhá dát životu nějaký směr.

Přednosti narativní perspektivy jsou patrné i v otázce zdraví a nemoci a tzv. psycho-somatických vztahů. Propojení tělesných a duševních fenoménů dokládají například práce Pennebaker a dalších vědců, kteří se zabývali vztahy mezi vyprávěním/psaním o traumatických zkušenostech a fyziologickými parametry (44). Přibývá výzkumných převážně kvalitativních prací, jejichž autoři poukazují na význam schopnosti uchopit svůj život jako koherentní příběh a duševním i tělesným zdravím. Schopnost chápat svůj život jako souvislý a smysluplný příběh, který je součástí příběhu přesahující život jedince, je podle některých vědců i psychoterapeutů nezbytným předpokladem pro zdraví (45,46). Psychosomatická medicína inspirovaná narativním pojetím by znamenala porozumění vztahům mezi somatickými a duševními fenomény člověka včetně chápání souvislostí mezi stonáním pacienta, jeho životním příběhem

rozvíjejícím se v síti významných vztahů a sebe-pojetím, jež se snaží v rámci svých životních okolností realizovat. Součástí léčby by pak musela být kromě farmakologické či instrumentální intervence také léčba psychologickými prostředky. S vlastní klinickou zkušeností koresponduje narativní pojetí práce s tzv. somatizujícími pacienty Griffitha a Griffithové. Američtí terapeuti ve své stěžejní práci upozorňují, že pacienti s „lékařsky nevysvětlitelnými příznaky“, se téměř vždy nacházejí v konfliktní situaci či prožívají různá významná dilemata týkající se jejich životní situace či vztahů s blízkými osobami. V mnohých případech se jedná též o životní situace, které představují nejen zásadní dilemata, ale o kterých je především obtížné otevřeně hovořit. Může jít i o prožitky a zkušenosti, které jsou z různých důvodů nesdílitelné, nebo je jejich vyjádření spojeno s možnými negativními důsledky (47). Podstatou terapeutické práce je vytvoření takové atmosféry a formy konverzace, ve které je možné vyjádření či vyprávění významných a zároveň „problematických“, příběhů či životní zkušenosti. Toto pojetí podporuje i pohled kulturně antropologický. Na základě některých trans-kulturálních studií odborníci tvrdí, že osobní nepohoda (angl. *distress*) se vždy manifestuje zároveň v rovině verbální i v rovině tělesných projevů. Ale kulturní a společenské okolnosti, očekávání a další sociální faktory mohou tlumit verbální vyjádření, takže tělesné projevy jsou jediným možným projevem a viditelným důkazem nepohody (48).

Narativní přístup rozhodně není jediným vhodným pro práci s tzv. psychosomatickým pacientem. Existují práce o efektivitě kognitivně behaviorální terapie u „lékařsky

nevysvětlitelných příznaků“ (49). Kognitivního přístupu využívají i některé modely zaměřené na změnu atribuce. (50). Vlastní zkušenost z psychiatrické i psychotherapeutické praxe přináší opakované, byť systematicky nezkoumané zjištění, že pacienti přicházející do ordinace s rozmanitými, ale obtížně vysvětlitelnými příznaky, tápají v otázce naplnění smyslu či autentického prožití svého života. Tělesné potíže jakoby se opravdu zdály náhradním a přitom ne zcela uspokojujícím řešením náročné životní situace nebo pocitů prázdnoty v daném životním období. To je patrné zejména u některých pacientek, které většinu života věnovali výchově dětí a péči o domácnost i manžela, aby po odchodu již „dospělých“ dětí z rodiny zůstaly osamoceny, bez jasné představy o další možné životní náplni či smyslu. Zvládnutí takové situace ztěžuje v mnohých případech odcizení v partnerském vztahu s manželem, který se věnuje práci či zájmovým aktivitám, aniž by si těchto záležitostí ve vztahu s ženou vůbec povšiml. Jindy může jít o jediné možné vyjádření vlastních potřeb, které jakoby v sebe-pojetí pacienta nebo v kontextu rodinných vztahů a udržovaných představ neměli možnost existovat natož se dočkat naplnění. Výborně lze tyto vzájemné souvislosti ilustrovat následujícím krátkým příběhem.

Tab.č.6. Příklad z praxe

55-letá žena se dostavila do psychiatrické ambulance bez doporučení od praktického lékaře. Na první pohled naprosto vyčerpaná, udává nedostatek energie, zvýšenou únavnost, potíže se spánkem. Jeví se posmutnělá, odevzdaná, očekává rychlou pomoc. Pacientka uvádí, že se půl roku starala téměř čtyřicet hodin denně sama o nemocnou matku, dlouhodobě trpěla nedostatkem spánku. Z psychiatrického hlediska dominuje depresivní symptomatologie a neurasthenický syndrom. Po týdnu přichází na kontrolu, téměř ve stejném stavu. Více se tentokrát rozhovoří o své situaci v rodině. U nich doma se musí pořád „makat“, mají hospodářství, muž staví už třetí barák, protože každému z dětí se musí „postarat“. Doma je tím pádem dlouhodobě spousta řemeslníku a o ty se musí postarat ona. Že nemůže, že je unavená, to by manžel nepochopil, pořád říká, že „tělo má jít do hrobu zhuntovaný“. Vlastně si může odpočinout jedině tehdy, když je nemocná, to pak jí nehrozí žádné poznámky...

Význam příznaků v kontextu rodinných vztahů a vývojových potřeb s transgenerační perspektivou je základem psychosomatického pojetí rodinných terapeutů Chvály a Trapkové. Model rodiny jako systému, v němž je každá událost včetně zdravotních potíží jednotlivých členů součástí širšího obrazu rodiny a někdy i zdánlivě nevyhnutelného vývoje rodu je detailně zpracován v jejich nedávné publikaci (51). Několikaletá zkušenost Chvály a Trapkové koresponduje s výzkumy a zkušenostmi jiných psychoterapeutů. Klasickou teoretickou koncepcí M. Bowena o významu dokončené separace a diferenciaci na fungování rodiny v další generaci a na zdraví jednotlivých rodinných členů potvrzují kvalitativní i kvantitativní studie (52,53). Rodinná terapie je důležitou součástí léčby nejen v případě obtížně vysvětlitelných tělesných příznaků. Na vývojové aspekty a význam rodinných

vztahů poukazuje klinická zkušenost i četné výzkumy u poruch příjmu potravy. Kvalita a styl citové vazby (angl. *attachment pattern*) podle některých prací hraje významnou roli v procesu separace, individuace a zároveň jde o rizikový faktor v rozvoji mentální anorexie dokonce i v přesahu více generací. (54,55) Vůbec současný výzkum a klinické zkušenosti v oblasti citové vazby (angl. *attachment theory*) prolínající se s neurovědními a vývojově psychologickými poznatky podle mého názoru představuje inspiraci i solidní vědeckou základnu pro porozumění a terapeutické působení při práci s tzv. psychosomatickými pacienty. Již zmiňovaní terapeuti Chvála s Trapkovou v souvislosti s problematikou poruch příjmu potravy opakovaně referují o svém modelu založeném na dlouholeté klinické zkušenosti. Onnis a kol. srovnával účinnost tradiční farmakologické léčby a kombinované

léčby (farmakologické terapie a rodinné terapie) v případě dětského astmatu (56). Na počátku studie stála hypotéza, že kombinovaná léčba bude účinnější ve smyslu prevence chronicity daného onemocnění. Studie potvrdila korelaci mezi chronickým průběhem a tzv. dysfunkční interakční dynamikou v rodině a také prokázala větší účinnost kombinované terapie. Autoři v souvislosti se závěry studie zdůrazňují kolaborativní a interdisciplinární přístup v léčbě, kdy rodina nedostává protichůdná sdělení a léčba není založena na mylném předpokladu duality tělesné a psychické úrovně onemocnění. Práce s rodinou, byť inspirovaná jinými systemickými východisky, je součástí některých terapeutických programů pro děti s diagnózou bronchiálního astmatu a jejich rodiny v Německu. Dosavadní hodnocení výsledků takových programů je slibné (57).

Kromě rodinné terapie je důležitou oblastí inspirace také současné psychodynamické pojetí vycházející z psychoanalytických teorií. Z česky píšících autorů tuto oblast v psychosomatické reprezentuje u nás především Poněšický. V souvislosti s tzv. psychosomatickými poruchami upozorňuje na prožívání a postoj člověka k sobě samému, ke svému tělu, na způsoby vztahování se k okolí, ke světu, svým blízkým a na způsoby reagování a zvládání různých obtížných situací. Úzkost, která provází ve většině případů tzv. somatoformní poruchy, je sama o sobě psychosomatickým fenoménem, reakcí na ohrožení jednak tím, že určitou situaci nezvládneme, a za druhé, že ji nezvládneme způsobem, který odpovídá našemu sebe-pojetí, jež je tudíž danou situací ohroženo (58). Některé psychodynamické koncepce získávají opět zaslouženou pozornost zvláště díky

již zmíněnému výzkumu z oblasti neurověd, vývojové psychologii a teorii citové vazby.

PSYCHOSOMATICKÁ NEBO NA HUMÁNNÍ MEDICÍNA?

Bylo by chybou pokoušet se radikálně proměnit stávající paradigma takovým způsobem, že by psychosomatická medicína znamenala obrácení kauzálního chápání ve smyslu „duševno primární, tělesno odvozené“, jak píše někteří biologové (32). I když tak někomu mohou snahy mnohých zastánců psychosomatického myšlení připadat, je důležité se ptát, proč tomu tak je. Připomínání významu psychosociálních faktorů a ve zdraví a nemoci je totiž zcela pochopitelnou snahou o kompenzaci dominujícího úzce zaměřeného biomedicínského pojetí, kdy city, myšlenky a projevy chování jsou odvozovány od jevů pozorovatelných na molekulární, neurotransmitterové či genetické úrovni nebo jsou zjednodušeně považovány za výlučně individuální fenomény. Jak uvedl před časem Šavlík, v modelu vědecké, biologické medicíny stále není prostor pro otázky, které se netýkají biologické podstaty chorobných dějů. Zcela mimo zůstává bolest, strach, smutek jako subjektivní prožívání, stonání jako způsob života nemocného člověka, nemluvě o dalších aspektech jako jsou smysl stonání, spirituální rozměr, symbolické významy apod. To vše je z hlediska stále převládající pozitivistické vědy iracionální a nejen nepodstatné, ale pro některé z jejich představitelů přímo nepřijatelné (59)

Biopsychosociální model navržený již v 70. letech minulého století Georgem Engelem je sice často citován v odborné

literatuře (60), ale jeho realizace zůstává v mnohých institucích hudbou daleké budoucnosti. Je stále nutné hledat cesty, jak vytvořit prostor pro rovnocennou koexistenci dvou rozdílných světů, světa biomedicínského poznání a světa zdravého či nemocného člověka s jeho subjektivním prožíváním a individuálním postojem k sobě a okolnímu světu. Zatím tomu kromě jiných faktorů brání i pozitivistická víra ve spásu s pomocí nových technologií. Zahledění v technologické možnosti nejen v medicíně, ale i v dalších oblastech, můžeme snadno zapomenout na význam komunikace a lidského přístupu jako klíčového základu pro vytvoření dočasného pracovního společenství s nemocným člověkem a jeho rodinou. Vztah mezi lékařem a pacientem, komunikace a lidský přístup jsou stále nedocenené aspekty lékařské profese. Přesto mohou mít tyto kvality větší význam než samotné vzdělání a vědecké tituly, což platí nejen pro práci s pacienty s „lékařsky nevysvětlitelnými příznaky“. Tento zcela subjektivní, pro mnohé kolegy z akademické obce přímo podvratný názor podporují nepřímo i některé existující výzkumy, podle kterých není významného rozdílu mezi psychoterapií poskytovanou studenty či frekventanty výcviku a zkušenými psychoterapeuty s množstvím absolvovaných výcviků a dalších forem kontinuálního vzdělávání.

K rozvoji psychosomatického myšlení a posílení skutečně humánního přístupu v biotechnologicky rozvinuté medicíně jsou nutné změny na více úrovních. Do vzdělávání budoucích lékařů bezesporu patří i začlenění současných poznatků z psychologie, sociálních věd, psychoterapie a nově vznikajících či existujících interdisciplinárních oborů (např. psychoneuroimunologie, psychobiologie, neurobiologie,

neuropsychoterapie) již na úrovni postgraduálního studia. Nejde o pouhé naložení dalších teoretických dat na bedra již značně vytížených studentů medicíny, ale spíše umožnit jim nahlédnout propojenost uměle oddělovaných úrovní lidského organismu v systémech vztahů i možnou koexistenci různých konceptů. Teoretické výklady se ukazují jako nedostatečné, zvláště kontrastují-li příliš s některými komunikačními styly, které si studenti osvojují během absolvování praxe prvních klinických oborů. Neméně důležité je sebepoznání, porozumění vlastní motivaci ke studiu medicíny i emocím, které jsou součástí interakcí v klinické praxi. V rámci komplexnějšího chápání problematiky zdraví a nemoci je rozšíření perspektivy o psychologickou a sociální rovinu na počátku 21. století stále aktuální výzvou. Odhlédneme-li od nejčastěji diskutovaných ekonomických aspektů poskytování zdravotní péče, pro rozvoj psychosomatického pojetí medicíny jsou rozhodující také změny ve smyslu posilování interdisciplinární a týmové práce. Po vzoru některých evropských států by situaci mohlo změnit i vytvoření a rozšiřování sítě psychosomatických či psychoterapeutických pracovišť. Aktivita v tomto směru jsou již v naší republice patrné a můžeme jen doufat, že budoucí psychosomatická pracoviště, pokud vzniknou, budou lékaři vnímat nikoli jako ohrožující alternativu, ale jako adekvátní součást komplexní zdravotní péče.

Do redakce přijato: duben 2007

Recenze: srpen 2008

Do tisku zařazeno 20.12.2008

LITERATURA:

Reid,S., Wessely,S., Crayford,T., Hotopf,M.:
Medically Unexplained Symptoms in Frequent

- Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 2001; 322: 767-769
- Hotopf, M., Nimuan, Ch., Wessely, S.: Medically unexplained symptoms; an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, Vol.51, Issue 1, 361-367
- Rosendal, M., Olesen, F., Fink, P.: Management of medically unexplained symptoms. *British Medical Journal*, 2005, 330, 4-5
- Üstün, TB, Sartorius, N.: *Mental Illness in general health care, an international study*, Chichester, UK, Wiley, 1995
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M, et al: Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 1999, 40:330-338
- Reif, W., Hessel, A., Braehler, E.: Somatisation symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 2001, 63: 595-602
- Hovorka J, Herman E, Praško J. Využití antidepresiv a antipsychotik v neurologii. Nakladatelství Maxdorf, Praha, 2003
- Fink, P., Rosendal, M., Toft, T.: Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice; Background and Etiology, *Psychosomatics*, 2002, Vol. 43, 2:99-102
- Chromý, K., Honzák, R. et al.: Somatizace a funkční poruchy. Grada, 2006, ISBN 80-247-1473-6
- Stone, J. et al: „Psychosomatic“: A systematic review of its meaning in newspaper articles, *Psychosomatics*, 2004, 45: 287-290,
- Chvála, V. Moos, P.: Naše zkušenosti s léčbou psychosomatických pacientů v letech 1997-2002; *Supplementum praktického lékaře*, 1/2003
- Šavlík, J.: Psychosomatické suplementum IX., *Lékařské listy* 37, 2005, 13-16
- Margot W. M. De Waal, Ingrid A. Arnold, Just A. H. Eekhof, and Albert M. Van Hemert: Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders, *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 470-476
- Sharpe, M., Mayou, R.: Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? *British Journal of Psychiatry*, Jun 2004; 184: 465 - 467.
- Anderson, H.: *Conversation, language and possibilities*, Basic Books, 1997
- Griffith, M., Griffith, J.: When patients somatize and clinicians stigmatize, in S. Friedman, *The reflecting team in action*, str.81-98
- von Schlippe, A.: Talking about asthma: the semantic environments of physical illness; *Families, Systems and Health*, Fall 2001, vol. 19. No.3, 251-262
- Lakoff, G., Johnson, M.: *Metafory, kterými žijeme*, Nakladatelství Host, Brno, 2002, ISBN80-7294-071-6, str.173-175
- Moncrieff, J., Pommerleau, J.: Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders, *Journal of Public Mental Health*, 22, str.59-67
- Moncrieff, J.: Are antidepressants over-rated? A review of methodological problems in antidepressants trial, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, str. 288-295
- Van Praag, HM.: Why has the antidepressants era not shown a significant drop in suicide rates? *Crisis*, 23, str.77-82
- Moncrieff, J., Kirsch, I.: Efficacy of antidepressants in adults, *BMJ*, August 2005, 331, 155-157
- Asen, E., Jones, E.: *Systemic couple therapy and depression*, Karnac Books, London, 2001
- De Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., et al.: Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression, *J.Affect.Disorders.*, 64, 2001, s. 217-229
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C.: Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder, *J.Clin.Psychiatry*, 61, 2000, (Suppl.1), s. 68-75
- Moncrieff, J.: Is psychiatry for sale? *Maudsley Discussion Paper No.13*, July 2003, ISBN: 0-9500289-9-1, str. 14-17
- McDaniel, S., Campbell, T., Seaburn, D.: Somatic fixation in patients and physicians: a biopsychosocial approach, *Family Systems Medicine*, 1989, 7:5-16

- Quill, T.E., Somatization disorder; one of medicine's blind spot, *JAMA*, 1985, 254
- Fink, P., Rosendal, M., Toft, T.: The interaction between the physician and the somatizing patient, *Psychosomatics*, 2002, Vol. 43, 2: 103-108
- Salmon et al: Voiced but unheard agendas; qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br. Journal of General Practice*, 2004; 54:171-6.
- Crittenden, P.: Attachment theory, psychopathology, psychotherapy: the dynamic maturational model, 2005, <http://www.patcrittenden.com/images/Attachment-theory-2005.pdf>
- Komárek, S.: Spasení těla; moc nemoc a psychosomatika, MF, edice Kolumbus, 2005-11-02
- Fink, P., Rosendal, M., Toft, T.: Assessment and treatment, *Psychosomatics*, 2002, Vol. 43, 2: 103-108
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.; *Psychosomatická medicína*, Grada, 1993, str. 22
- Fonagy, P., Target, M.: Psychoanalytické teorie, *Portál*, 2005, str.306
- Schore, A.: The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 2001, Vol. 22, 201-269
- Schore, A.: Effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 2001, Vol.22., 7-66
- Gabbard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J., Spiegel, D.: The economic impact of psychotherapy: a review, *American Journal of Psychiatry*, 154, 1997, 147-155
- Leon, A.c., Portera, L., Weismann, M.M.: The social costs of anxiety disorders, *British Journal of Psychiatry*, 156, 1999, 324-326
- Crane, D. R., Hillin, H. H., & Jakubowski, S. (2005) .Costs of Treating Conduct Disordered Medicaid Youth with and without Family Therapy. *The American Journal of Family Therapy*. 33 (5), 403-413
- Crane, R.: Research on cost of providing family therapy: A summary and progress report, in press *Clinical Child Psychology and Psychiatry*
- Čermák, I.: Narativní myšlení a skutečnost. *Československá psychologie*, 48, 1, 2004, 17-26
- McLeod, J.: *Narrative and Psychotherapy*, Sage Publication, London, 1999
- Pennebaker, J., Niederhoffer, K.: Sharing one's story: On the benefits of writing or talking about emotional experience. In G.Snyder, S.Lopez: *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University Press, 2002. str.573-583
- Pennebaker, J.W., Seagal, J.D. Forming a story: the health benefits of narrative, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 55 (10), 1999, 1243-1254
- Baerger, D.R., McAdams, D.P.: Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 1999, 9:69-96
- Griffith, M., Griffith, J.: *The Body Speaks; Therapeutic dialogues for mind-body problems*, Basic Books, 1994
- Kirmayer, L.J.: Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional stress. *Social Science and medicine*, 1989, 29: 327-339
- Kroenke, K., Swindle, R.: Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials, *Psychother Psychosom*, 2000, 69:205-215
- Mayou, R. A. (1991) Medically unexplained physical symptoms. *BMJ*, 303, 534 -535
- Trapková, L.Chvála, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*, Portál, 2004
- Klever, P.: Intergenerational fusion and nuclear family functioning, *Contemporary Family Therapy*, 25(4), 2003, 431-450
- Harvey, D.M., Curry, C.J., Bray, J.H.: Individuation and intimacy in intergenerational relationships and health: Patterns across two generations. *Journal of Family Psychology*, 1991, 5, 204-236
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., Treasure, J.: Attachment in anorexia nervosa; a transgenerational perspective, *British Journal of Medical Psychology*, 2001, 74, 497-505
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., Canetti, L.: Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders, *Contemporary Family Therapy*, 24(4), December 2002, 581-599

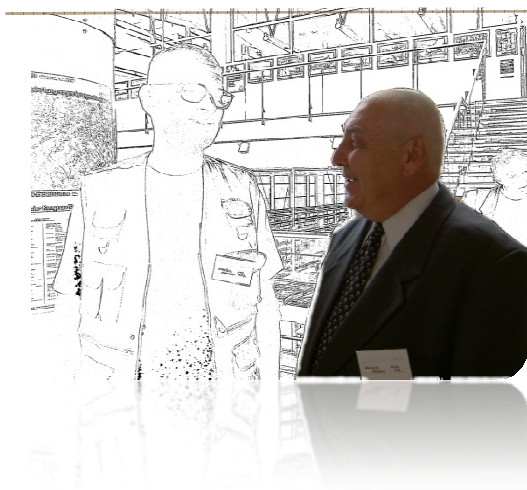
Onnis, L., DiGennaro, A., Cespa, G., et al: Prevention of chronicity in psychosomatic illness: a systemic research study into the treatment of childhood asthma, Families, Systems and Health, Fall 2001, vol. 19. No.3: 237-250

von Schlippe, A., Theiling, S., Lob-Corzilius, T.: The Luftkurs: Innovative family focused training of Children with asthma in Germany, Families, Systems and Health, all 2001, vol. 19. No.3: 263-284

Poněšický, J.: Psychosomatika pro psychoterapeuty, lékaře a laiky, Nakladatelství Triton, 2002, ISBN 80-7254-216-8, str.16-42

Šavlík, J. Systemické pojetí medicíny, In J.Poněšický: Neurozy, psychosomatika a psychoterapie, Triton

Stoudemire, A.: Human Behavior, Lippincott-Raven, 1998, str.36-85



TEORIE, PŘEHLEDY

RADKIN HONZÁK: OXYTOCIN- NĚKTERÉ NOVĚJŠÍ POZNATKY

SOUHRN

Oxytocin je savčí hormon, který působí také jako neurotransmitter v některých oblastech mozku. Nejznámější je jeho fyziologická úloha při porodu a při vytváření připoutávací vazby mezi matkou a dítětem.

U savců byla opakovaně prokázána jeho úloha v posilování prosociálního chování a utváření a upevnění partnerských párů. Oxytocin působící v centrálním nervovém systému snižuje behaviorální a neuroendokrinní odpověď na sociální stres a velmi pravděpodobně reguluje systém „odměn“ při navazování pevných sociálních vazeb.

Autor předkládá soubor některých novějších poznatků týkajících se modulace sociálního chování u lidí (např, problematika důvěry, řešení konfliktů, atd.) a neuroendokrinních mechanismů, s nimiž je toto chování spojeno, a to také v případech mezidruhové komunikace.

KLÍČOVÁ SLOVA: oxytocin – sociální chování – důvěra – spolupráce – konflikt - připoutávací vazba - přehled

SUMMARY

Honzák R: Oxytocin - some new pices of knowledge

Oxytocin is a [mammalian hormone](#) that also acts as a [neurotransmitter](#) in the [brain](#). It is best known for its roles in female reproduction: it is released in large amounts during labor and it has essential influence on early attachment between mother and child..

In nonhuman mammals has repeatedly been shown to increase social approach behavior and pair bonding. In particular, central nervous oxytocin reduces behavioral and neuroendocrine responses to social stress and is suggested to mediate the rewarding aspects of attachment in highly social species.

The author presents some recent pieces of knowledge dealing with the oxytocin modulation of human social behavior (trust, conflict solution, etc.) and underlying neuroendocrinological circuits. circuits, and finally of its role in inter-species relationship

KEY WORDS: oxytocin – social behavior – trust – co-operation – conflict – attachment - review

Oxytocin, označovaný též jako „hormon důvěry“, je syntetizován v hypotalamu a vylučován neurohypofýzou do krevního oběhu, ale je také tvořen v některých oblastech mozku jako odpověď na stresující nebo sociální podněty (1). Uplatňuje se během porodu, při kojení a má nepochybně vliv na budování připoutávací vazby („attachment“) mezi matkou a kojencem. Vyskytuje se u všech savců a je významným regulátorem sociálního chování, kde rozpouští úzkost, stejně u samic, jako u samců. Tak působí spole s dalším hormonem vasopresinem ve prospěch sblížení, snížení strachu z partnera, větší důvěru v něj a udržení vzájemného vztahu. Nemusí jít vždy jen o partnerský vztah; u monogamně žijících preriálních hrabošů je vyšší denzita oxytocinových receptorů v mozkovém jádru nucleus

accumbens spojena s větší ochotou ujmout se cizích potomků (2). Obecně je možno říci, že oxytocin podporuje prosociální procesy.

Důvěra na jedné straně a zrada a zklamání na druhé patří neoddělitelně do mezilidských vztahů a badatelé hledají užší souvislosti mezi těmito sociálními projevy a neurohumorálními mechanismy. Švýcarští vědci (3) sledovali pomocí funkční magnetické rezonance účinky oxytocinu v pokusu kontrolovaném placebem. Obě látky byly podávány ve slepém uspořádání intranazálně, což je aplikační cesta umožňující proniknutí aktivní substance do centrálního nervového systému. Zjistili, že osoby po oxytocinu, přestože byly několikrát „podvedeny“, neztratily důvěru vůči experimentátorovi, zatímco

po placebo se objevila přiměřená skepse a nedůvěra.

Po podání oxytocinu ve srovnání s placebem se specificky snížila aktivita v amygdale, mezimozku a dorzálním striatu; amygdala a některé oblasti mezimozku reprezentují tu část neurálního systému, která reguluje procesy strachu, zatímco striatum se podílí na zpětnovazebné informaci. Lze tedy zjednodušeně říci, že aplikace oxytocinu snížila strach a obavy z dalšího vývoje a dovolila nepřipomínat si zklamání z předchozí zkušenosti.

Oxytocin by si mohl činit nárok i na označení „hormon míru“, jak ukazuje americko-švýcarská studie (4), sledující vliv této látky na průběh partnerského konfliktu. Do dvojslepého placebem kontrolovaného pokusu bylo zařazeno celkem 47 heterosexuálních párů, kterým před standardní instrukcí modelovat konfliktní diskusi byl intranazálně aplikován buď oxytocin nebo placebo. Každý konflikt byl průběžně sledován a byl pořízen i videozáznam a byly vyhodnoceny jak verbální tak nonverbální prvky interakcí (např. oční kontakt, nonverbální pozitivní postoje a gesta, míra sebeodhalení). Během experimentu bylo opakovaně měřeno množství kortizolu ve slinách.

Podání oxytocinu významně zvýšilo pozitivní prvky slovní i behaviorální komunikace v porovnání s negativními ($F = 4,18$, $p < 0,047$) a vedlo k významnému poklesu kortizolu ve slinách ($F = 7,14$, $p < 0,011$) ve srovnání s placebem. Autorky a autoři uzavírají, že jejich nálezy jsou ve shodě s animálními studiemi, které dokazují, že oxytocin je významným činitelem v kohezi páru, a že tedy tyto skutečnosti platí i v humánní oblasti.

Na druhé straně těžké traumatické zkušenosti spočívající ve zneužívání v dětství jsou spojeny u žen v dospělosti s nižší koncentrací oxytocinu v cerebrospinálním moku (5). Američtí autoři vyšli z premisy, že narušení vztahu rodič-dítě v časném dětství spočívající např. ve zneužití, nebo zanedbávání dramaticky zvyšuje pravděpodobnost psychických i některých somatických poruch v dospělosti, přičemž oxytocin by se mohl podílet na této patologii. Sledovali aktivitu oxytocinu v centrálním nervovém systému dospělých žen, které prožily v raném dětství tyto traumatické zážitky.

Stanovili koncentrace oxytocinu v cerebrospinálním moku u 22 zdravých žen ve věku 18 – 45 let. Probandky byly rozděleny do dvou kategorií: u první bylo zjištěno žádné nebo nepodstatné zanedbávání či zneužívání v dětství, u druhé mírné až těžké trauma. Čím větší a delší byla traumatická zkušenost, tím nižší byly koncentrace oxytocinu. Nejvýrazněji se tyto souvislosti projevily v kategorii emočního zanedbávání či odmítání. Autoři uzavírají, že alterace centrálního oxytocinu v dospělosti je důsledkem traumatu v dětství.

Jsou mapovány stále rozsáhlejší oblasti mozku vztahující se k „sociální kognici“, které jsou dávány do spojitosti se sociálními signály, jejich vysíláním a přijímáním, morálním rozhodnutím, nebo predikcí chování druhých lidí. Současné studie – včetně animálních modelů – registrují účinky specifických hormonů a neurotransmiterů v oblastech „sociálního mozku“. Přibývá důkazů, že v oblastech „odměn“ jde o významné propojení účinků oxytocinu a vasopresinu s dopaminem, jsou první práce zaměřující se na možnou roli variant alel sledovaných genů, které by tyto aktivity mohly ovlivňovat (6).

Naléhavě se nabízí dosud neřešená otázka, nakolik se oxytocin podílí na placebo fenoménu.

Za revoluční však lze považovat japonskou studii, která si položila otázku, jak se chová oxytocin v mezidruhové komunikaci a určité „sociální vazbě“ mezi člověkem a jeho psem. Autoři testovali hypotézu, zda u člověka bude stoupat množství oxytocinu v době, kdy na něj jeho pes „bude hledět“, kdy mezi nimi bude klasický oční kontakt. Autoři stanovovali močové koncentrace oxytocinu za standardních podmínek, dále po 30minutové interakci se psem a po jiných 30 minutách, v nichž probandi byli vyzváni, aby nevstupovali do žádné interakce se svým psem. Močové koncentrace oxytocinu byly měřeny před 30minutovou experimentální periodou a podruhé 20 minut po jejím skončení.

Literatura:

1. [Neumann ID](#): Brain oxytocin: a key regulator of emotional and social behaviours in both females and males. [J Neuroendocrinol.](#) 2008;20(6):858-65
2. [Ross HE](#), [Freeman SM](#), [Spiegel LL](#), et al: Variation in oxytocin receptor density in the nucleus accumbens has differential effects on affiliative behaviors in monogamous and polygamous voles. [J Neurosci.](#) 2009 Feb 4;29(5):1312-8.
3. [Baumgartner T](#), [Heinrichs M](#), [Vonlanthen A](#), et al.: Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans. *Neuron.* 2008, 22;58(4):470-1.
4. Ditzen B, Schaer M, Gabriel B, et al.: Intranasal Oxytocin Increases Positive Communication and Reduces Cortisol Levels During Couple Conflict. [doi:10.1016/j.biopsycho.2008.10.011](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2008.10.011)

S použitím clusterové analýzy byli majitelé rozděleni do dvou skupin: první, s delším trváním kontaktu se psem a s těsnějším vztahem ke zvířeti a druhou, s dobou kontaktu kratší a vztahem volnějším. Koncentrace oxytocinu byly významně vyšší u první skupiny, a to po kontaktu se psem, nikoli však v uspořádání bez kontaktu. U druhé skupiny byly zjištěny významné pozitivní korelace mezi počtem interakcí mezi člověkem a psem a močovou koncentrací oxytocinu. Autoři uzavírají, že interakce mezi psem a člověkem, zvláště pak ta, která vychází z iniciativy psa, zvyšuje hladinu oxytocinu u člověka a je tak analogická klasické Bowlbyho „připoutávací vazbě“.

Do redakce přijato: 10.2.2009

Recenze: 17.2.2009

Do tisku zařazeno 18.2.2009

5. [Heim C](#), [Young LJ](#), [Newport DJ](#), et al.: Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry* (28 Oct 2008), doi: 10.1038/mp.2008.112

6. [Skuse DH](#), [Gallagher L](#).: Dopaminergic-neuropeptide interactions in the social brain. [Trends Cogn Sci.](#) 2009 Jan;13(1):27-35.

7. [Nagasawa M](#), [Kikusui T](#), [Onaka T](#), [Ohta M](#).: Dog's gaze at its owner increases owner's urinary oxytocin during social interaction. [Horm Behav.](#) 2008 Dec 14

10.2.2008

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

radkinh@seznam.cz



POLITIKA, KONCEPCE

JEDNÁNÍ NA TÉMA ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE NA VÝBORU PS ČLS J.E.P. DNE 4.2.2008

Výbor psychiatrické společnosti jsme seznámili krátce s projektem psychosomatické sekce na zřízení Základní psychosomatické péče. Pro zájemce je projekt a diskuse k němu k dispozici na www.lirtaps.cz

Námítky členů výboru v následující diskusi:

1. Dotaz, z jakých finančních fondů si představujeme, že by byly případné nové kódy ZPP hrazeny. Obava, že z peněz určených pro psychiatrii, ta je už dnes podhodnocená.
2. Nejde snad o to, aby se psychoterapie vyváděla mimo psychiatrii do ordinací dalších- somatických lékařů? To by nebylo vhodné- velká obava. Vysvětlujeme, že nejde o to, aby somatičtí lékaři prováděli psychoterapii, ale aby se stali kompetentnější v psycho-sociálních aspektech stonání, tedy aby byli schopni pracovat lege artis v duchu deklarovaného bio-psycho-sociálního modelu nemoci.
3. Námítka k rozsahu vzdělávání, který je uveden v materiálu (40 hodinový kurz) je příliš malý, nemůže dostačovat na poskytování psychoterapie. (znovu:nejde o poskytování psychoterapie)
4. Obava, nejde-li o psychoterapii, že si budou čeští lékaři výkony „navíc“ účtovat, aniž by je vykonali. Jak bude rozpoznáno, kdo může kódovat a kdo ne? (certifikací po spnění vzdělávání)
5. Námítka: takový kurz by byl příliš snadno dostupný a vykonávání praxe těžko prokazatelné.
6. Návrh: Lépe by bylo podporovat laesion konzultaiton psychiatrii jako metodu jak zacházet s psychosomatickými nemocnými, kteří leží na jiných somatických odděleních nemocnic. Namítáme, že to ale v praxi nefunguje, nejde o to, aby jeden lékař v celé nemocnici běhal po těžkých pacientech, ale aby každý takový potenciální pacient byl ošetřován lege artis včetně psychosociálních aspektů u svého lékaře a včas indikován a získán pro lege

artis psychoterapii ať u lékaře- psychiatra nebo klinického psychologa podle možností.

7. Námitka: Německý model je příliš ojedinělý a tamní psychiatrii s tím nejsou dvakrát nadšení. Je snad zaveden ještě někde jinde? (odpověď: Jen proto, že je dobrý systém ojedinělý, není důvod ho odmítat. Psychiatrii v Německu s ním nemají problém, jen ho nepomáhali zavést. Zaváděla ho skupina lékařů prostřednictvím pojišťoven a právníků. Ošetřeno je to zákonem.
8. Obava: Jakmile si lékaři somatických oborů „čichnou“ k psychoterapii, budou ji chtít vykonávat mimo půdu psychiatrie a to je nepřijatelné. Námitka: Na to nemají somatičtí lékaři ve svých ordinacích čas a o to projektu nejde nejde. Naopak, jde o nižší stupeň vzdělání psychosociální oblasti. Lékaři musí také chodit na balintovské skupiny, což je podmínka hrazení psychosomatických výkonů.
9. Návrh: Mohl by se znovu oprášit výkon „podpůrná psychoterapie“ , kterou by mohli lékaři s psychosomatickou erudicí vykonávat.
10. Návrh: Hodnota takových výkonů by musela být výrazně nižší než hodnota PT výkonů. To by mělo za následek, že by to dělali lidé na tom zainteresovaní.
11. Návrh: Nějaké ocenění být musí, jinak se nebudou lékaři vzdělávat.
12. Závěrem shrnuje předseda výboru PS prof.Raboch: psychosomatická sekce by měla dostat podporu, má se dále projektem zabývat. Materiál ale by měla rozpracovat tak, aby lépe odpovídal námitkám a doporučení m výboru. Bylo by dobře, kdyby sekce psychiatrické společnosti nabídla možnost vzdělávání idalším odbornostem, ale zůstalo to pod střechem psychiatrie.

Zapsali dr.Chvála, dr.Poněšický

POZNÁMKA: Setkání pracovní skupiny pro základní psychosomatickou péči je 31.3. ve 14 hodin na psychosomatické klinice v Praze, Patočkova 3.



POŠTA, DISKUSE

POZNÁMKA K ČLÁNKU PHDR. HELENY KALÁBOVÉ V MINULÉM ČÍSLE (6/2008)

PhDr. Eva Pávková

Děkuji za nový Psychosom. Mám poznámku k PhDr. Heleně Kalábové. Fenomenologicky nelze preferovat pro tělesnost NOESIS a pro duši NOEMA. To už je reflexe, tedy objektální (předmětná) interpretace intencionality. Tedy statické schéma. Dokonce zavádějící. DUŠE sama je INTENCIONÁLNÍ akt. Např. je představa řeči slyšené v duchu, nebo textu viděného v duchu fyzická? Kdo je nosič a kdo je nesené? Tady je duch nosičem pro tělesno. Duše sama je propojením noesis a noema intencionalitou. Intence nemůže tvořit pozadí, protože je sama "uvnitř", nasvětluje "význam", noema, prostřednictvím znaku. Že si představujeme noesis jenom jako tělesnost je logická iluze, protože smyslově vnímáme znak jako fyzický nosič, oddělený od významu. Např. proces vidění nevidíme. Oko také

nevidíme. Jenom jako obraz v zrcadle (fyzično jako idealitu) nebo vyjmuté, mrtvé. To již není orgán vidění. V psychoterapii právě jde o celistvý proces, "takové vidění v procesu", kdy jsou v chodu dvě intencionality, jedna pacientova, druhá psychoterapeutova, kde zjednodušení se vyplácí jen málo kdy. Přeji Vám dost příjemný rok 2009.

KE KONCEPCI PSYCHOSOMATIKY

MUDr. Jan Kredba

7.1.2009 (jako reakce na tryznu včerejší schůzky balintovských vedoucí u Apolináře, kde nás bylo pět a lkali jsme nad tím, jak nás nikdo nechce na balinty a že jen ustavení psychosomatiky jako oboru, by to možná nějak změnilo).

Premisa: Domnívám se, že ustanovit PSM jako vědní obor není možné a nosné a nemůže projít, protože „vědecké“ podklady v podstatě chybějí.

Na druhou stranu většina praktikujících lékařů se shodne na tom, že souvztažnosti psycho-somatické a

naopak jsou velmi významné a důležité a zvláště v léčbě dlouhodobě probíhajících onemocnění mění charakter vztahu lékař pacient i způsob léčby, což činí veliké problémy na obou stranách...

Navrhuji tedy nesnažit se o prosazení oboru PSM, ale lobovat za podporu „chronických oborů medicíny“ a s jejich pomocí hledat cesty a domluvy s profesními komorami, pojišťovnami (i legislativou), jak umožnit vytvoření sítě odborných pracovišť, která PSM přístup a léčeni budou s to poskytovat.

DISKUSE K JEDNÁNÍ NA VÝBORU PS:



Ahoj Vladislave,

děkuji za zápis z vašeho setkání s výborem PS. Ta dobrá zpráva ze setkání se nachází až na konci zápisu, totiž že výbor chce psychosomatickou sekci v dalším zpracování projektu podpořit. To dává naději do budoucna.

Na druhé straně mně v zápisu chybí poznámka o věcné diskusi o **obsahu** celého projektu. Vždyť je to pro náš zdravotní systém věc nová a projekt se teprve rodí. Čekal jsem tedy, že se psychiatři vyjádří k tomu, co by mohlo

Jan Kredba



takto rozšířené psychosociální vzdělání praktiků přinést samotným **pacientům** (je to pro pacienta přínos nebo ne?) a také jestli by z toho mohla profitovat spolupráce PL – psychiatr.

Nabízejí se i další otázky do diskuse, které by stálo za to projednat, třeba: lze ten německý model v něčem vylepšit? Existují vedle pozitivních zkušeností s ním i nějaká negativa, z kterých bychom se mohli ponaučit? Lze pomyslet i na jiné konkrétní výkony, které by lékař v praxi mohl provádět mimo verbální intervenci a diferencially diagnostickou úvahu? Mohl by se do projektu také zapracovat nějaký model pro zlepšenou spolupráci neboli zpětnou vazbu lékař ZPP – psychiatr, či lékař ZPP – psycholog?

Jestli v tomto období zrodu převáží diskuse kolem hrazení projektu nad věcnou diskusi o jejím obsahu, tak to považuji za škodu. Když projekt bude doplněn o připomínky zainteresovaných skupin a získá si širší podporu, teprve pak se ukáže, jaké zdroje jsou k dispozici a jestli nebude možné najít třeba i zcela nové možnosti financování. 15.2. 2009 Praha, MUDr.Ondřej Masner



AKCE, AKTUALITY

Psychosomatická klinika s.r.o. pořádá

SEMINÁŘE PRÁCE S TĚLEM PRO PRACOVNÍKY POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Tělo je nezanedbatelný zdroj poznání, inspirace i léčebných procesů, a proto je výhodné jej zapojit do své práce, ať se již jedná o terapeutický či jiný proces.

Nabízený cyklus seminářů práce s tělem je pro ty z Vás, kteří uvažujete o zdokonalení profesních dovedností či jen prostě hledáte další cestu k osobnímu rozvoji.

O SEMINÁŘI:

V semináři se vycházíme ze základního principu - vzájemného propojení tělesných a psychických procesů. Proto považujeme práci s tělem za důležitou a v jistém smyslu nenahraditelnou součást terapeutických postupů.

PRŮBĚH:

Seminář je koncipován jako úvodní, budeme tedy s Vámi postupovat od úplných začátků.

Každá lekce má část teoretickou (cca 45 min) a část praktickou (75 min - vlastní cvičení, techniky, procvičování principů atd.). Při volbě témat vycházíme ze zkušeností z minulých kurzů a z potřeb účastníků. Semináře vedeme interaktivní a zážitkovou formou, protože jsme přesvědčeni, že vlastní zkušenost je největším přínosem pro profesionální praxi.

TÉMATA SEMINÁŘE:

tělo jako zdroj - základy, seznámení s tělem, uzemnění, dech, vstup do těla, centering
kontakt se sebou - bdělá přítomnost, uvědomování si sebe
jednoduchá relaxační cvičení - dechová rulička, „polštářkování“, aplikace v praxi
tělo jako alternativní kanál komunikace - čtení těla, energie, bloků, neverbální komunikace
práce s tělem jako psychohygienu pracovníka - psychohygienu skrze tělo, diskuse, osobní strategie, praktická cvičení
dotazy, praxe - volná diskuse, práce s tělem s klientem v krizi, hodnocení semináře

TERMÍNY:

6 setkání po 2 hodinách (tj. 12 výukových hodin) Od 5. února do 12. března 2009, vždy ve čtvrtek od 18:30 do 20:30 (tj. 5. 2., 12. 2., 19. 2., 26. 2., 5. 3., 12. 3.)

LEKTOŘI:

Na setkání a cvičení s Vámi se těší mgr. Michaela Čápková a mgr. Jiří Macháček

Místo:

Psychosomatická klinika s.r.o.

Patočkova 3, Praha 6

2. patro, místnost pro skupinové programy

Cena:

2 800 Kč za celý cyklus. Možnost platby na fakturu. Zakončeno vydáním certifikátu.

PŘIHLÁŠENÍ:

kontaktujte recepci PSK - tel: 233 081 200

klinika@psychosomatika.cz

www.psychosomatika.cz

Pro více informací:

Mgr. Jiří Macháček

jiiri.machacek@psychosomatika.cz

NABÍDKA VÝCVIKU „PRÁCE U HLINĚNÉHO POLE“

Vážené kolegyně a kolegové!

Na základě poptávky z více stran tento rok zahajujeme **výcvik „Práce u hliněného pole“** v České republice.

Pro koho

Toto vzdělání je zaměřené hlavně na práci s dětmi a mládeží. Je určeno pro osoby v sociální, terapeutické a pedagogické oblasti. Účastníci nepotřebují žádné předchozí výtvarné ani terapeutické vzdělání. Není vyžadována žádná znalost cizích jazyků; simultánní tlumočení do češtiny zajistí překladatelky s psychologickým vzděláním.

Obsah

Práce u hliněného pole poskytuje intenzivní trénink vnímání sebe i druhých. Každý pohyb se přemění ve tvar.

Jde o velmi cílenou a účinnou metodu, která umožňuje revidovat vývojové fáze života a rozvinout svou osobnost s celým jejím potenciálem. Bezprostředním tělesným a psychickým zážitkem lze tvořit a dotvořit své životní směřování. Velmi přehledný setting oslovuje děti všech věkových kategorií stejnou měrou jako mládež a dospělí. V centru práce nestojí krize, ale životní možnosti, ve kterých lze najít vlastní odpověď a řešení. Práce spočívá na přímém kontaktu s hlinou, které se dotýkáme a kterou jsme dotýkáni.

Výstup

Toto vzdělání opravňuje absolventa doprovázet děti a mládež u hliněného pole (v rámci příslušného etického kodexu). Je garantován německým vzdělávacím institutem (Institut fuer haptische Gestaltbildung; <http://www.arbeit-am-tonfeld.de>)

Výcvik vede jako hlavní lektor Manfred

Weigele, budou pozváni další lektoři včetně zakladatele této metody Hainze Deusera.

Výcvik zakončí každý účastník referátem (teoretická domácí práce) a videoukázkou (praxe s klientem) a rozhovorem s lektorem.

V průběhu výcviku, asi po roce a půl, by měl každý účastník už prakticky pracovat s klienty a záznamy (video) práce budou sloužit i k supervizi. Zájemci, kteří aspirují na evropský certifikát psychoterapie, mohou použít tento výcvik jako základ (a splnit další podmínky). Mimo výcvik je doporučeno je 25 individuálních hodin sebezkušenosti u hliněného pole.

Časový rámeček

Výcvik trvá tři roky – čtyři víkendy a jeden týden ročně. První dva roky bude regulérní výcvik, poslední rok supervize. Celkový rozsah je 300 hodin po 60 minutách (400 vyučovací hodiny). První víkend předpokládáme v březnu 2009 – v pátek od 14 do 19 hodin, v sobotu 9–19 hodin, v neděli 9–13 hodin. Další víkendy v květnu, září a listopadu 2009, týden na konci srpna 2009. Konec výcviku plánujeme na konci roku 2011.

Ceny

Cena za hodinu (60 minut) je 160 Kč, tzn. 16 tisíc Kč za rok.

Přijetí do výcviku

Vyžadujeme životopis s fotografií a krátký motivační dopis. Vybraní účastníci obdrží smlouvu. První nábor končí 15.2.2009, do té doby pošlete prosím požadované dokumenty na adresu tonfeld@seznam.cz

Zdravíme a těšíme se na odpovědi!

Dipl. KT Manfred Weigele, hlavní lektor;

Dipl. KT Beate Albrich, garant výcviku, supervizor;

Mgr. Hedvika Hrychová, asistence a organizace.

Sekce pro poruchy příjmu potravy ČPS ČLS JEP

Asociace pro psychogenní poruchy příjmu potravy

VII. MEZIOBOROVÁ KONFERENCE O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY A OBESITĚ

s mezinárodní účastí

VII. INTERNATIONAL AND INTERDISCIPLINARY EATING DISORDERS AND OBESITY CONFERENCE

Profesionalita a etika. Stigma a média

Profesionality and ethics. Stigma and Media

pod záštitou paní prof. RNDr.H.Illnerové,DrSc.

děkana 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy

a ředitele VFN Praha

Praha, 19. - 21. března 2009

Prague, March 19 - 21, 2009

Místo konání - Venue

Vondráčkova posluchárna Psychiatrické kliniky VFN a 1.LF UK

Ke Karlovu 11, 128 21 Praha 2 – Nové Město

Předsedkyně

f. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Vědečtí

MUDr. Petra Uhlíková , Mudr.Světlana Žuchová

sekretáři

Přihlášky k účasti do 28.2.2009 na

www.sekceppp.eu

www.solen.cz

**POZVÁNKA NA MEZINÁRODNÍ KONFERENCI SKUPINOVÉ
PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPIE**

"Bridging Identities. Clinical Impact of Groups."

Praha / 28.-31. května 2009

Sleva pro přihlášení do 15.2., pro české účastníky. Hlavní přednášky budou přeloženy do češtiny.

Pořadatelé:

Evropská federace psychoanalytické psychoterapie (EFPP)

Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP)

Bližší informace, program, přihlášky

www.efpp2009.cz

Za organizační výbor konference

Za vědecký výbor konference

MUDr. David Holub

PhDr. Luděk Vrba

POZVÁNKA NA KLINICKO- PSYCHOLOGICKÝ DEN 9.3.2009 V 9.00 HOD

Lékařský dům , Sokolská 21, Praha 2

Koordinátor: Doc.PhDr.Marcela Bendová, Ph.D

Program:

Zahájení *Doc.PhDr.Marcela Bendová,Ph.D,* Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU, FN Brno, gynekologicko-porodnická klinika

Rakovina – úvod (30 min.) *Doc.PhDr.Marcela Bendová,* Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně, FN Brno 30 min.

Kvalita života onkologicky nemocných (20 min.) *PhDr.Romaňáková Marta, Ph.D.* Masarykův Onkologický ústav Brno,

Práce psychologa na hematoonkologické klinice FN Brno (20 min.)
Mgr.Kalvodová Libuše II.interní hematoonkologická klinika FN Brno – Bohunice

Kvalita života onkologického pacienta v závislosti na způsobu zvolené onkologické léčby (20 min.) *Mgr.Spurná Zuzana,* Onkologické oddělení Fakultní nemocnice u sv.Anny

PŘESTÁVKA

Současné poznatky o psychosociálních potřebách zdravých sourozenců onkologicky nemocných dětí (řešeno v rámci grantového úkolu č.406/09/1255) (20 min.) as. *MUDr. Karova Šárka,* Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně,

Jedinci v dlouhodobé remisi po ukončení léčby pro nádorové onemocnění dětského věku: vyléčení a následná péče (20 min.) as. *MUDr. Kepák Tomáš* Klinika dětské onkologie, FN Brno

Možnosti léčby onkologické bolesti (20 min.) *MUDr. Ivan Vrba,* Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně, Nemocnice na Homolce, odd ARO

Možnosti, meze a specifika psychoterapie u žen se zhoubnými nádory vaječníků (výsledky grantového úkolu MZ ČR) **(20 min.)** *Doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D.,* Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně, FN Brno – gynekologicko-porodnická klinika

“Vůle k životu“ - videokazeta (30 min) (výstup grantového úkolu MZČR)
Doc.PhDr.Marcela Bendová,Ph.D, as.*MUDr.Radkin Honzák,CSc,* Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně, Koulova č.3 Praha 6 – Dejvice, 16000

Diskuze a závěr.

POZVÁNÍ NA SEMINÁŘ S NARRATIVNÍ TERAPEUTKOU JILL FREEDMANOVOU:

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

je nám potěšením pozvat vás na dvoudenní seminář s Jill Freedmanovou, přední narativní terapeutkou z Chicaga, v ISZ-MC Praha, 8.-9. června 2009.

Veškeré informace a podrobnosti k programu, přihlášení, k platbám i případnému ubytování najdete na webových stránkách ISZ-MC, www.isz-mc.cz ; TOP NABÍDKA (lišta vlevo nahoře!).

Těšíme se na vaši účast!

Za ISZ-MC,

Vratislav Strnad

SEZNAM AUTORŮ PSYCHOSOM 2008

příjmení	jméno	titul	číslo	strana	rubrika
Balcar	Karel	PARADOXNÍ REAKCE PŘI PSYCHOLOGICKÉ LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKY PODMÍNĚNÝCH BOLESTÍ	4+5/2008	158	Z konference
Dolejšová	Věra	PETTERAPIE (ANIMOTERAPIE) ANEB JAK UMÍ ZVÍŘATA LÉČIT	1/2008	17	Z praxe
Franz	Mathias	ČASTÉ ORTOPEDICKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCI	4+5/2008	176	Teorie
Franz	Mathias	ČASTÉ NEUROLOGICKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCI	6/2008	218	Teorie
Hogenová	Anna	SLOVO V TEORII A V PRAXI	2/2008	64	Z konference
Honzák	Radkin	STRUČNÁ EXCERPCE TOHO, CO PŘINÁŠÍ VE SVÉM PRVNÍM LETOŠNÍM ČÍSLE J. PSYCHOSOM RES 2008; 64 (1):1	1/2008	12	Laboratoř
Honzák	Radkin	NOVÉ POZNATKY O ALEXITHYMII	2/2008	70	Excerpta
Honzák	Radkin	ADJUVANTNÍ AKUPUNKTURA U REFLUXNÍ CHOROBY JÍCNU	2/2008	71	Excerpta
Honzák	Radkin	BURNOUT A LÉKAŘSKY OVĚŘENÁ NEMOCNOST	2/2008	72	Excerpta
Honzák	Radkin	ZE STRESU, KTERÝ PŘINÁŠÍ ZHOUBNÉ ONEMOCNĚNÍ, SE LZE „VYPSAT“	2/2008	73	Excerpta
Honzák	Radkin	MÁ TĚLESNÉ CVIČENÍ PŘÍZNIVÝ VLIV NA DEPRESI A ÚZKOST? ZDÁ SE, ŽE NE	4+5/2008	192	Excerpta
Honzák	Radkin	GUDRUN HENNIG, GEORG PELZ: TRANSAKČNÍ ANALÝZA. TERAPIE A PORADENSTVÍ.	4+5/2008	194	Recenze
Honzák	Radkin	ODVRÁCENÁ STRANA VÁNOC	6/2008	200	Editorial
Chvála	Vladislav	RECENZE ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE	1/2008	39	Recenze
Chvála	Vladislav	VLADISLAV CHVÁLA: PSYCHOSOMATICKÁ PRAXE	2/2008	56	Editorial
Chvála	Vladislav	PSYCHOSOMATIKA JAKO PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	3/2008	105	Editorial

Chvála	Vladislav	LÉKAŘŮ V POZDĚJŠÍ DOBĚ POSTMODERNÍ JE PROJEKT SEGMENTU ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE V ČR AMBICIÓZNÍ?	3/2008	109	Politika, koncepce
Chvála	Vladislav	ČARODĚJNICE NEBYLY VYHUBENY	4+5/2008	152	Editorial
Irmíš	Felix	ROLE TEMPERAMENTU V PSYCHOTERAPII, RODINĚ A KOMUNIKACI	3/2008	116	Z konference
Jílková	Anna	NASLOUCHEJ NEJEN SLOVŮM, ALE I ŘEČI TĚLA	2/2008	77	Z praxe
Kalábová	Helena	NEMOC JAKO PŘÍLEŽITOST K PÉČI A POZORNOSTI	6/2008	213	Teorie
Konečný	Martin	NEUROBIOLOGICKÁ REVOLUCE V MEDICÍNĚ a RENESANCE PSYCHOSOMATIKY	6/2008	208	Z konference
Kruse	Johannes	ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 1: Interpersonální medicína	1/2008	29	Teorie
Kruse	Johannes	ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 2: Oběhový systém	2/2008	85	Teorie
Kruse	Johannes	ROZHOVOR LÉKAŘE A PACIENTA	3/2008	129	Teorie
Kruse	Johannes	ČASTÉ ORTOPEDIKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCI	4+5/2008	176	Teorie
Kubínek	Josef	MALÉ ZAMYŠLENÍ NAD JEDNÍM PROGRESÍVNÍM KARDIO ZÁKROKEM A NĚ JENOM O NĚM	4+5/2008	155	Z pošty
Masner	Ondřej	JAK TO DĚLAJÍ JINDE?	3/2008	114	Politika, koncepce
Miklas	Petr	TĚLEM REDUKOVAT A CELOU DUŠÍ DOUFAT!	3/2008	107	Z pošty
Ott	Jürgen	ROZHOVOR LÉKAŘE A PACIENTA	3/2008	129	Teorie
Pávková	Eva	Vadí mi...	1/2008	8	Z pošty
Petišková	Michaela	PĚT VARIACÍ NA JEDNO TÉMA	4+5/2008	163	Z praxe
Ponešický	Jan	PSYCHOSOMATIKA, PSYCHOANALYSA, POSTMODERNA A UMĚNÍ	1/2008	4	Editorial
Ponešický	Jan	BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VIII: PSYCHOSOMATIKA	1/2008	27	Z praxe

KŮŽE.					
Poněšický	Jan	BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VIII: INTERAKCE S PACIENTEM I SE SKUPINOU	2/2008	74	Z praxe
Poněšický	Jan	BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST IX: KÁMEN V ŽALUDKU.	3/2008	126	Praxe
Stránská	Jaroslava	PROGRAM KOGITIVNĚ-REHABILITAČNÍ-PÉČE A JEJÍ METODA REINTERPRETACE ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU	2/2008	79	Z praxe
Tress	Wolfgang	ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 1? Interpersonální medicína	1/2008	29	Teorie
Tress	Wolfgang	ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 2: Oběhový systém	2/2008	85	Teorie
Tress	Wolfgang	ROZHOVOR LÉKAŘE A PACIENTA	3/2008	129	Teorie
Tress	Wolfgang	ČASTÉ NEUROLOGICKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCI	6/2008	218	Teorie
Vondřich	Ivan	MOJE ZKUŠENOST S BÁLINTOVSKÝMI SKUPINAMI	3/2008	124	Z pracovišť
Wankátová	J.	PETTERAPIE (ANIMOTERAPIE) ANEB JAK UMÍ ZVÍŘATA LÉČIT	1/2008	17	Z praxe
Wöller	Wolfgang	ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 1: Interpersonální medicína	1/2008	29	Teorie
Wöller	Wolfgang	ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 2: Oběhový systém	2/2008	85	Teorie



PSYCHOSOM

POKYNY PRO AUTORY ČASOPISU

Vaše příspěvky jsou redakcí vždy vítány. S ohledem na kompatibilitu publikovaných prací s ostatními odbornými periodiky, ke kterým se počítáme, dodržujte, prosím, následující pokyny.

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.

Recenze knih budíž do rozsahu 5 normostran (7 500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce

Klíčová slova v češtině (3-5) a *key words* v angličtině

Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10-15 řádků) a to v češtině i angličtině

Seznam literatury

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn. Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány.

Recenzní řízení:

Recenzní řízení je oboustranně anonymní, pokud to naše malé poměry dovolí. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů nedodržení pokynů pro autory, případně text vrátit autorovi k doplnění.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě nejlépe ve formátu WORD, případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz) nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“ a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či

tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostránka obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť- neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu), prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání: nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu- vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jediného autora: ...
Lieb (1992) soudí, že... *nebo:* Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov.Lieb, 1992 *nebo viz:* Lieb, 1992)

Citace práce více autorů:
Uexküll a kol. (2003) uvádějí... *nebo* Trapková a Chvála (2004) se domnívají...

Odkazy na více zdrojů:
V literatuře se tento názor běžně vyskytuje (Glaeson, 1985; Šulová 2004)

Přímá citace autora (v přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází):
...Je třeba zdůraznit, že „tento názor je nový, právě tak jako starý.“ (Lieb, 1992, s.12)

Zvolte si jednu z více možností a tu pak držte v celém textu stejnou. Všechny citované práce uveďte na konci článku v oddílu LITERATURA abecedně seřazené. Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.



PSYCHOSOM VYDÁVÁ
INSTITUT RODINNÉ TERAPIE
A PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY V LIBERCI, O.P.S.
(LIRTAPS)

TOTO MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ
NA FARMACEUTICKÝCH
FIRMÁCH