

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Füst: furst@pbsp.cz
Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz
PhDr. Ludmila Trapková: trapkova@mybox.cz
Mgr. Pavla Loucká
Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné
400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné
texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1/2012 dne 29. 2. 2012, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 1. 2012.
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih
a diskusních příspěvků. Foto Jan Pešek, grafická úprava: V. Chvála.
The articles are peer-reviewed.
ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84
© LIRTAPS, o. p. s.
PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:
<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× 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. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření se podílí řada vysokoškolských pracovišť. Je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praktiky a 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., Evangelická teologická 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., Technická univerzita v Liberci a 2. LF UK Praha
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D., Klinika adiktologie 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
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavřda, Ph.D., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, 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 1/2012

EDITORIAL	5
<i>Chvála V.: Mohou nemocným jazykem politici uzdravit medicínu?</i>	5
KAZUISTIKA	9
<i>Kryl M., Kochtová E.: Komunitní a skupinová psychoterapie jako varianta celostní péče</i>	9
TEORIE	17
<i>Jániš M.: Kompliance I. Historie problematiky a definice</i>	17
FILOSOFIE	27
<i>Illich I.: Nemesis medicíny</i>	27
GLOSÝ	37
<i>Loucká P.: Jazyková demagogie v rodině a společnosti</i>	37
<i>Tak už víme, proč je mateřský dotyk zdraví prospěšný? (by T.Vasich)</i>	40
Recenze	41
<i>Chvála V.: Ad Ivan Illich Nemesis medicíny (Emitos)</i>	41
<i>2x nad stejnou knihou: Raudenská, J., Javůrková, A.: Lékařská psychologie ve zdravotnictví</i>	46
1) Šárka Gjuričová	46
2) Jiří Šípek.....	47
AKCE, AKTUALITY	49
<i>Den rodinné terapie 17.4.: Rodinná terapie a psychosomatika. Lékařský dům Praha 9:00-15:30</i>	49
<i>Otevřený seminář pro rodinné terapeuty</i>	50
<i>Masner O.: Zpráva o výpravě sdružení do Görlitz na Psychosomatickou kliniku 20. 1. 2012</i>	50
<i>Základní informace o „Konferenci v Českém ráji“ SEDMIHORKY 20. – 22. dubna 2012</i>	52
Nabídky	55
<i>Program intenzivní psychoterapie v denním stacionáři</i>	55
<i>Vladimír Dvořáček: Cesty duše</i>	56
Knihy	59
Rejstřík autorů Psychosom 2011	61
Pokyny pro autory časopisu	62

EDITORIAL



CHVÁLA V.: MOHOU NEMOCNÝM JAZYKEM POLITICI UZDRAVIT MEDICÍNU?

Posledních více než dvacet let pracuji v medicíně jako rodinný terapeut, což je především práce s jazykem a s významy slov. V rodinách, které přicházejí pro pomoc, je zpravidla třeba rozmotat složité vztahy, do kterých se lidé sami zapletli způsobem, jakým jazyk používali, totiž jak svévolně měnili významy slov a podceňovali možné následky. Nejčastěji není vůbec jasné, kdo do rodiny patří a kdo ne, což souvisí s široce rozšířeným omylem, že je možný rozvod rodičů. I ti nejrozhádanější a rozvedení partneři totiž na celý život zůstávají rodiči společných dětí. Jakkoli se to může zdát laikovi nemožné, znovunalezení spojení slova s jeho

skutečným významem, očištění komunikace od omylů a chybných předpokladů o tom druhém, bývá cestou k uzdravení, a to doslova. Protože takto s úspěchem léčíme i vážnější tělesné nemoci, jakými jsou třeba astma, ekzém nebo třeba epilepsie, u těch, kdo jsou ochotni takovou léčbu podstoupit.

Když jsem přišel před více než rokem do komunální politiky, zděsilo mě, jak nemocný jazyk se v těchto kruzích používá. Dlouholetý liberecký primátor s oblibou poučuje kolegy zastupitele, kterým došla slova, že jsou sice povinni na otázky opozice odpovídat, ale „nikde není psáno, že musí být tazatel

uspokojen“. Podle některých vyhýbavých odpovědí se zdá, že tím míní, že odpověď může být jakákoli. Zapomíná, a nejen on, že jde o mnohem víc než jen o pouhé formální splnění nějakého požadavku. Odpovědnost, kterou např. členové rady města mají za svá rozhodnutí, znamená, že jsou ochotni a schopni na jakékoli otázku ODPOVÍDAT nikoli jen formálně, ale obsahově pravdivě. Obsahová pravdivost se v postmoderní době jeví jako ten největší problém. Každý je odhodlán pokládat za pravdu právě jen tu svou verzi. Dokonce ani zákonem se nedá v takové společnosti dosáhnout zlepšení, když každý politik „má svůj vlastní výklad zákona“. Tak se nakonec nedá spolehnout vůbec na nic a vzniká společnost naprosté nezodpovědnosti. Chovat se odpovědně totiž doslova znamená, že jsme připraveni bez vytáček a **v souladu se skutečností** odpovídat každému, kdo se zeptá. Když například politik odpoví na přímou otázku, že chtěl „jen odklonit peníze od manželky“, se kterou se rozváděl, místo toho, aby řekl, že svou bývalou družku chtěl o těch šestnáct společných milionů okrást, je to přesně to, co mám na mysli.

Když jazykem *manipulujeme*, místo abychom se dorozumívali, když *mlžíme* a *zkreslujeme* skutečnost, když druhého z dialogu *vycluujeme*, svou mocí druhé *umlčujeme* nebo *svádíme* lacinými, ale prázdnými hesly na scestí, pak ničíme jazyk a tím i realitu. V konečném důsledku může dlouhodobé ničení jazyka vést ke zničení rodiny, nebo dokonce celého města, jako to vidíme právě v Liberci. Město je totiž především *communio*. Lidé, kteří se setkávají ve veřejném prostoru. Teprve jejich spolupobývání vede ke vzniku *živého* města. Opakem živého je *lživé* město, které jen jako město vypadá, ale společného v něm stále více ubývá, až zanikne. Podstatou města, stejně jako léčby, je

dialog. V dialogu se každý můžeme mýlit, mohli jsme být špatně informováni, něco jsme špatně pochopili, ale právě dialog slouží k nápravě takové nehody. Ten ale v současné politice, a obávám se, ani v mnohých ordinacích, neexistuje. Proto jsem byl stavem místní politiky tak zděšen. Do takové míry nemocný jazyk jsem dosud nepotkal v žádné rodině, snad s výjimkou rodin mafiánských, které naštěstí nemusíme moc léčit, ale i to se někdy stane. Zatímco jsem přemýšlel o tom, jak se o svou zkušenost z liberecké politiky podělit s ostatními, kteří mají zájem o obnovu dialogu mezi lidmi třeba na diskusních webech, ale místo toho se donekonečna jen hádají, kdo je větší blbec, narazil jsem nedávno na vynikající úvahu na toto téma z pera Karla Vrány (1925–2004) v útlé knížce *Poslání a pokušení slova* (Trinitas). Karel Vrána měl bohaté zkušenosti s totalitní mocí. Ukazuje, že všude tam, kde rezignujeme na pravdivost slova, kde převáží manipulativní funkce jazyka, hrozí jeho zkažení. A to má vážné důsledky. „*V prostoru politického života vystupuje pokušení manipulovat a ničit slovo zvláště silně,*“ píše tento autor. A dále: „*Zdravé, v pravdě věci zakotvené slovo vytyčuje hranici politické moci: nemůže být manipulováno a zneužito pro svévolné cíle panující moci, a vytváří tak zdravý prostor svobody a osobní důstojnosti.*“ A dále: „*Totalitární držitelé moci jsou od přírody netrpěliví, vnitřně a – řekl bych – instinktivně nejistí a alergičtí na každou moc, kterou sami nevykonávají a nekontrolují. Především vůbec nedůvěřují člověku, protože sami nevěří, že by souhlasil s jejich mocenskými plány dobrovolně a s nadšením. Protože nevěří v moc pravdy, musí věřit v donucování a hrozby.*“ Bylo by přehnané tvrdit, že naše politická reprezentace stačila sama zničit jazyk do té míry, jak ho dnes na

sobě zažíváme, předchozí totalitní režim měl na to více času a dělal opravdu, co mohl. Pokud se naše naděje na konci osmdesátých let k něčemu upínala, byla to vlastně naděje, že se náš jazyk uzdraví. Že znovu bude věrohodný a obnoví se jeho dialogická funkce. Když jako rodinný terapeut čtu přepisy dialogů Václava Havla s představiteli komunistické moci v listopadu 1989, nemohu přehlédnout, že šlo více o práci s jazykem než o politiku. Snahu vrátit jazyku spojení s realitou. Proto byl Havel totalitní mocí tak zuřivě nenáviděn.

Zlostné výpady proti těm, kdo pojmenovávají věci pravým jménem, ať jde o dluh města, špatnou vládu, která vyčerpává město, nebo neochotu mocných komunikovat s občany, jsou příznakem nemocného jazyka. Jediná cesta z toho ven vede přes bolestný proces spolehnutí se sama na sebe. Běžně si neuvědomujeme, jak dalece jsme odkázáni na moc slova. Jakkoli to může znít divně, náš svět je skutečně jazykem tvořen. A je-li jazyk zkažený, tzn. nemá-li už žádné spojení s pravdou, je zkažený i ten svět, ve kterém žijeme. Když lékař říká, že nás léčí, musíme si dát pozor, zda nás ve skutečnosti neohrožuje na zdraví. Když policista tvrdí, že pomáhá a chrání, nemůžeme si být jisti, zda nás ve skutečnosti neohrožuje a neokrádá, může být totiž součástí nějakého gangu. Když jsme vydáni do rukou spravedlnosti, nemusíme si vůbec být jisti, zda soudce není členem mafie, proti které jsme pozvedli hlas. Když se spoléháme na to, že politik, kterého jsme zvolili, slouží ve prospěch společného majetku, můžeme

se nadát toho, že ten majetek ve skutečnosti rozkrádá. A nejhorší na tom je, že každý účastník dialogu v takovém světě zkaženého jazyka má pocit, že právě on má pravdu, a navíc tak ještě i přesvědčivě vypadá. Karel Vrána takovému stupni zkažení jazyka říká přiměřeně „*babylonizace*“. Svět, ve kterém se nelze vyznat. Svět, který lze jen zoufale rozbít a opustit. Snad také proto stoupá násilí a anarchie, počty sebevražd mladých lidí a útěky do světa fantazie a drog. Vůbec se nemůžeme divit, že lidé v takovém světě zoufale hledají spasitele, totiž někoho, komu bude možné věřit. Víra se stává důležitou součástí původně racionálního pojetí světa, ale i pověra a magie znovu prosakují na povrch. A celé to začalo jen docela malou lží, vytáčkou nebo podvodem, snahou vyhnout se nepohodlné pravdě. A protože je stav veřejného zdraví závislý na tom, jaká rozhodnutí politici dělají, můžeme oprávněně pochybovat o tom, zda tímto nemocným jazykem mohou politici uzdravit naši medicínu. Jak by se to asi mohlo stát?

Proto pěstujme dialog a otevřenou diskusi, jako způsob, jak se bránit babylonizaci a rozpadu hodnot i smyslu. Tento nezávislý časopis chce být místem, kde se medicína uzdravuje. Proto jsme vedle kazuistiky a teoretických úvah zařadili ukázkou z připravované knihy Ivana Illicha *Nemesis medicíny*, která poprvé vyšla už v polovině sedmdesátých let. Ale k nám přichází, jako na zavalanou.

V Liberci 31. 1. 2012

KAZUISTIKA



KRYL M., KOCHTOVÁ E.: KOMUNITNÍ A SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE JAKO VARIANTA CELOSTNÍ PÉČE

Motto:
Nemoc se v ničím nekráceném antropologickém porozumění,
na rozdíl ode všech předchozích konceptů,
netýká primárně mého těla nebo mé duše,
ale vždy mé existence, mého, tedy i tělesného pobytu ve světě.
Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

**SOUHRN: KRYL M., KOCHTOVÁ E.: KOMUNITNÍ A SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE
JAKO VARIANTA CELOSTNÍ PÉČE; PSYCHOSOM, 2012;10(1), s. 9-16**

Nereduktivní celostní péče o nemocné oslovuje všechny dimenze lidské existence – tělesnou, duševní, mezilidskou i spirituální. Následující text přináší zprávu o nově vzniklém pracovišti pokoušejícím se léčebně ovlivnit duševní poruchy včetně jejich tělesné reprezentace či vzájemných psychosomatických souvztažností. V odkrývající psychoterapeutické práci tematizující pacientovy vztahy a zacházející s nimi dochází (z povahy věci) vcelku přirozeně k prozkoumávání témat svobody, smrti, lásky, víry, aj., tedy témat „univerzálně lidských“, existenciálních. Předložena

kazuistika mladé ženy si klade za cíl ilustrovat souvislosti mezi curriculum jejího života a způsobem jejího tělesného i duševního stonání.

Klíčová slova: celostní péče, skupinová psychoterapie, astma bronchiale, diabetes mellitus, psychosomatické souvislosti

SUMMARY: KRYL M. KROCHTOVA E.: COMMUNITY AND GROUP PSYCHOTHERAPY AS A VARIANT OF HOLISTIC CARE; PSYCHOSOM, 2012;10(1), pp.9-16

A non-reductive holistic treatment approach addresses all dimensions of human existence: the physical, the psychological, the social, and the spiritual. The text below reports on a newly established treatment facility, that seeks to deal with mental disorders, including their physical representations and mutual psychosomatic correlations. Using an uncovering theme-oriented psychotherapy addressing the patient's relationships, the „universally human“ existential topics such as freedom, death, love, and faith become explored rather naturally. The present case study of a young woman aims to illustrate the association between the course of her life and her ailments, both physical and mental.

Key words: holistic treatment, group psychotherapy, asthma bronchiale, diabetes mellitus, psychosomatic associations

ÚVOD

1. 6. 2009 bylo v Psychiatrické léčebně ve Šternberku nově otevřeno pracoviště zaměřené na celostní léčbu poruch z neurotického a psychosomatického spektra. Základní idea sice více počítala s těžištěm v péči o tzv. psychosomaticky nemocné, avšak z praxe nakonec vyplynula větší potřeba orientovat se „psychiatricky“, resp. psychoterapeuticky, a tedy pečovat v převaze o úzkostné a depresivní pacienty, eventuálně pacienty s lehčími poruchami osobnosti. Navzdory poměrně masivní informační kampani mezi praktickými lékaři a lékaři somatických oborů se prezentace nové nabídky dočkala největšího ohlasu u ambulantních psychiatrů. Jako vysvětlení (jediné?) se nabízí stále dobře známý problém propasti v porozumění i dorozumění mezi „na duši orientovanými odborníky“ a specialisty na somatickou medicínu. Zdá se, že praktičtí lékaři se v tomto kontextu

(zatím) neukazují (až na výjimky!) jako integrující svorník obou „táborů“.

Nicméně ať už se filosofie a strategie léčby odklonila od původního záměru či nikoli, skladba pacientů a jejich potíží vypovídá o tom, že na oddělení se s psychosomatickou problematikou setkáváme tak jako tak a čelíme do značné míry nároku na komplexní, chcete-li celostní péči. Mezi našimi pacienty se totiž vyskytují lidé s dráždivým tračníkem, diabetem, hypercholesterolemí, hypertenzí, srdečními arytmiemi, ICHS, Bechtěrevovou nemocí, Crohnovou nemocí a proktokolitidou, celiakií, migrénami, močovou inkontinencí a dysurickými obtížemi, gynekologickými záněty a dysfunkcemi, poruchami štítné žlázy, dorsalgiami (bolestmi zad) a artralgiemi (bolestmi kloubů) nebo autoimunitními chorobami (viz kazuistiku).

MOŽNOSTI PRACOVISŤĚ

Otevřené psychoterapeutické oddělení disponuje 12 lůžky rozmístěnými na dvoulůžkových pokojích. Výhody nízké kapacity tkví především v individualitě přístupu ke každému nemocnému a v „komorním duchu“ celého oddělení. Pacienti často hovoří o rodinném prostředí a o „novém domově“, do něhož se navracejí z vycházek a víkendových dovolenek. Výrazně tomu napomáhá i řešení interiéru s prosvětlenou centrální komunitní místností v pozitivně působících barvách (oranžová/zelená), z níž se vchází do většiny pokojů a kterou pacienti nazývají „obývákem“. Interiér podněcuje a podtrhuje komunitní soužití nemocných. Terapeutická komunita je společným zázemím umožňujícím vznik svébytné kultury předávané „z generace na generaci“, tedy od odcházejících směrem k přicházejícím členům. Příjem i propouštění pacientů se totiž dějí kontinuálně, v osmítýdenním léčebném cyklu. Ukázalo se totiž, že původní šestitýdenní cyklus nepostačuje k nastolení hlubších změn (lepšímu kontaktu a porozumění svým pocitům a pevnějšímu osvojení nových způsobů zacházení se sebou i svými vztahy) a spěje k četnějším dekompenzacím i opětným hospitalizacím.

Hlavní léčebnou metodou je **skupinová psychoterapie** sestávající z dynamicky (tedy nestrukturovaně) vedených skupin (4× týdně 90 minut), tematických skupin (1× týdně 60 minut) a životopisných skupin (1× týdně 90 minut). Ranní setkání **terapeutické komunity** je prvním pracovním bodem každého dne a jak je zvykem, slouží především ke společnému sdílení zážitků z předchozího dne (i noci), přivítání nových a rozloučení se s odcházejícími členy. V komunitě se rovněž učí pacienti adaptivně řešit konfliktní situace,

reflektovat sebe a své nově vznikající vztahy a vyjadřovat se k druhým. K **individuální psychoterapii** přistupujeme v případech závažnější patologie znesnadňující práci pacienta ve skupině, v případě hlubší krize vzniklé v průběhu léčby či k ošetření akutně vzniklé situace. Ve většině případů nemá systematický charakter – pokud ano, jde nejčastěji o práci s traumaty z minulosti. Intenzivně pracujeme s **deníkem**, jenž je kromě své užitečnosti pro pisatele i významným intimním komunikačním kanálem s terapeutem. Určitý protipól emočně nabitých skupinových sezení tvoří nácvik **relaxace** (autogenní trénink) probíhající 3× denně (v jedné delší verzi s imaginací a dvou kratších v základní verzi, z toho jednou v podání pacientů samých střídajících se v předčítání). Podobně uvolňující charakter má **kinezioterapie** – řízený pohyb formou her v tělocvičně nebo na hřišti (1× týdně 60 minut pod vedením fyzioterapeuta-rekreologa), stejně jako nově zařazená **taneční terapie** s aprobovanou taneční terapeutkou. Dále praktikujeme **cvičení na velkých balonech** se zdravotní sestrou a **cvičení v bazénu** s fyzioterapeutkou. Celkově zklidňuje a koncentruje **jóga** (1× týdně 60 minut s cvičitelkou). **Arteterapie** s arteterapeutkou (1× týdně 60 minut) dává průchod mnoha potlačeným prožitkům, umožňuje nacházení mnohdy netušených souvislostí mezi výtvarným vyjádřením a způsobem života a vztahů, umožňuje hlubší sebepoznání. Tvořivost, fantazii i jemnou motoriku podněcuje práce s hlínou v **keramice** (1× týdně 45 minut). **Práce v zahradnictví** (1× týdně 60 minut) v sobě kombinuje pohyb na čerstvém vzduchu s užitečnou činností a podporuje skupinovou kohezi v jiné než psychoterapeutické situaci.

Terapeutický tým je veden atestovaným psychiatrem s psychoterapeutickou specializací, psycholožkou a komunitní sestrou. Psychiatr (autor článku) je absolventem daseins-analyticky orientovaného výcviku ve skupinové terapii (VIAP-PPF Praha), psycholožka absolvovala výcvik v integrativní skupinové terapii (IPIPAPP Olomouc). Komunitní sestra započala interpersonálně orientovaný psychoterapeutický výcvik v rámci postgraduálního institutu (NCONZO Brno). Terapeutický tým se každé ráno schází ke krátké provozní poradě, následuje **komunitní sezení** se všemi pacienty a s vrchní sestrou. Během dne se tým schází po každém skupinovém sezení k intervizi (skupin se účastní zpravidla všichni členové týmu) a dále podle potřeby. Členové týmu absolvují pravidelná supervizní sezení ve formě bálintovské skupiny vedené akreditovaným supervizorem (PhDr. Koblíček, Praha).

KAZUISTIKA

K hospitalizaci se dostavila 35letá Jitka, svobodná, bezdětná, absolventka pedagogické fakulty, v částečném invalidním důchodu, zaměstnaná na zkrácený úvazek jako učitelka výtvarného oboru na základní umělecké škole. V biografii nemocné nacházíme i pětiletý pobyt v klášteře, v závěru plný pochybností o správnosti zvolené cesty, který po střetech s představenými ukončila. Charakterizuje to jako velkou ránu ve svém životě... Svůj další život po odchodu z kláštera (asi 2 roky) vnímá jako „nezvládnutý“. Žije v pronajatém bytě se spolunájemníky, soužití není bez nedorozumění. Pochází z neúplné rodiny, s biologickým otcem se v dětství nepoznala, nicméně v současnosti se občas stýkají. Zato otčíma poznala jako

Metodika psychoterapeutické práce v sobě nese především vliv humanistických a existenciálně orientovaných přístupů. V tematicky orientovaných skupinách však kombinujeme přístupy kognitivně-behaviorální, práci s tělem, psycho-gymnastiku i jiné. V rámci poskytování individuální terapie jde nejčastěji o prvky krizové intervence, nácvikové terapie (systematická desenzibilizace) nebo na problém orientované práce na principu KBT.

Stěžejním záměrem předložené kazuistiky je snaha zachytit souvislosti mezi psychosociálními proměnnými, vnitřním prožíváním a somatickými fenomény obrážejícími postup pacientky ve skupinově orientované psychoterapii kombinované s individuální psychoterapií a péčí o somatický stav. Pacientka dala s uveřejněním svého příběhu souhlas, zásadní data jsou pozměněna. Kurzivou jsou zachyceny autentické záznamy z jejího deníku.

fyzicky trestajícího její vlastní sestru i nevlastního bratra, ji samou zbil jednou. S matkou měla od dětství velmi komplikovaný vztah, byla z její strany zahrnována výčitkami, trestána i týdenním mlčením, cítila se vydírána („Když nenakrmíš zvířata, pojdu hladý“) a obviňována („Můžeš za mé neštěstí!“). Nikdy se jí nedokázala postavit, nakonec ji vždy omluvila a dodnes trpí výčitkami, že jako dcera selhala. Muži hráli v jejím dosavadním životě spíše tragickou úlohu: Krom zážitků s otčímovými tělesnými tresty na sourozencích byla Jitka opakovaně sexuálně zneužívána („V dětství mě děda nutil hrát si s jeho penisem. V 15 letech v nočním vlaku se mě pokusil znásilnit průvodčí, naštěstí skončil dřív, než se do

mě dostal... Bratr si na mně zkoušel erotické postupy, než šel na rande...“). Dodnes trpí výčitkami, že se nebránila a že se jí „to“ vlastně trochu líbilo. Vztah k mužům má deformovaný – prožívá strach, odpor a pohrdá jimi. Kromě krátkodobého platonického vztahu nezažila partnerský vztah.

Od dětství se obviňuje, že druhým lidem komplikuje život, že je na světě „navíc“. Touží po vztazích i lásce, ale „neumí je žít“, trpí osamělostí a ztrátou energie k životu, často jí bývá vše jedno a navzdory své víře v Boha touží nebýt... K matce ani k otčimovi necítí dosud „nic srdečného“, vyčítá si, že je chladná, připadá si špinavá. Pokud jsou nablízku muži, anebo když zažije od někoho pochvalu, nevydrží to a musí se potrestat poškrábáním se ostrým předmětem na předloktí. Předchozí pobyt v léčebně jí sice pomohl, zklidnil ji, ale pocitu trvalé prázdnoty v životě ji nezabavil. Ve čtyřleté anamnéze psychiatrické léčby pro „depresivní poruchu s reaktivním spolupodílem“ nacházíme dvouměsíční hospitalizaci v psychiatrické léčebně několik měsíců před nástupem na naše oddělení. Po osobnostní stránce je v tehdejší dokumentaci charakterizována jako „akcentovaná osobnost s astenicnými rysy s pithiatickou příměsí, opozičnictvím, egocentrická“. Dosavadní léčba zahrnuje kombinaci antidepresiv a anxiolytik i řadu sezení ambulantní individuální psychoterapie. K současné (druhé) hospitalizaci ji přivedly pocity nejistoty a bezmoci, ústící často ve vybíjení vzteku vůči okolním předmětům následovaném výčitkami, smutkem, úzkostí a vyčerpáním. Má potíže v komunikaci s lidmi, není schopna prosadit svůj názor, říci ne, má neustálé výčitky, že zklamala, že druhým zabírá prostor, poškozuje je... Rovněž uvádí tendence ničit sebe samu, trestat se: „*Prožívám celý život sebedeptající*

kolotoč – nemám vlastní hodnotu, trestám se poškrábáním na ruce, což mi přináší úlevu až potěšení, jsem závislá na hodnocení druhými, nepřijímám pochvalu, ale toužím po ní, kritika mě zasahuje, NEMÁM SE RÁDA!“

Po tělesné stránce provázela Jitku od dětství četná onemocnění. Do 8 let trpěla astmatickými obtížemi, jež byly vystřídány (tedy prakticky vymizely) nálezem inzulin-dependentního diabetu I. typu, provázeného v průběhu dalšího života četnými komplikacemi, jež vyžadovaly lékařské intervence včetně operací (projevy nefro-, angio- i retinopatie). Již několik let Jitka používá inzulinovou pumpu, je schopna upravit si dávkování inzulinu podle situace, zátěže, stravy. Mezi laboratorními nálezy se v minulosti objevily i posuny v hladinách hormonů štítné žlázy, konkrétnější informace však chybí.

Jitčin pobyt v komunitě začal jejím předsevzetím „*Je čas věci ustát a pořád neutíkat*“, zároveň ale i pochybnostmi a obavami, a to nejen z mužské části dvanáctičlenné komunity. **V prvních dvou týdnech** má strach hovořit před ostatními v komunitě i ve skupině, mluví stručně, tichým hlasem, až na vyzvání. Souzní, až splývá s problémy druhých, má tendenci řešit je za ně. Pronásledují ji pocity samoty, nepatřičnosti, při některých tématech zažívá stav úplného oněmění. Vyděsí ji, že necítí nic k matce. Při četbě svého životopisu na biografické skupině je „bez emocí“. Při arteterapii zažívá naopak „emoční třesk“ – s pláčem utíká z místnosti, touží nebýt. Při nácviku relaxace vleže poblíž hovořícího terapeuta znovu prožívá paralyzující pocit vydanosti všanc, jaký zažila v 15 letech v nočním vlaku při ataku průvodčího. Dochází k závěru, že Bůh je pro ni náhražkou za vztah s mužem... V chování převažuje uzavřenost.

Podporujeme její verbální projev jemnými pobídkami, nevyvíjíme tlak, akceptujeme nutnost adaptovat se a nacházet důvěru. Glykemie měřené glukometrem se pohybují v rozmezí 8–16 mmol/l, stravu přijímá normálně, na tělesné obtíže si nestěžuje. **Ve třetím a čtvrtém týdnu** se zmírňuje strach z mužů v komunitě, úzkost Jitka prožívá jen v jejich bezprostřední blízkosti, nadále jimi tiše pohrdá. Začíná opatrně vyhledávat společnost druhých, neuzavírá se již tolik na pokoji. Objevuje se sebepoškozování škrábáním na předloktí (ostrými předměty či nehty) jako kompenzace neustále dorážejících pocitů viny. Nabízíme občasná individuální sezení s cílem dodat Jitce odvalu k otevření obtížných témat ve skupině, nachází postupně důvěru k terapeutce. Během skupin a arteterapií pak postupně vyplouvají na povrch „zapomenutá“ ohrožující témata (matka). Jitka lépe relaxuje i při vedení relaxace terapeutem-mužem. V chování začíná mírně „zlobit“, naoko se hněvá, škádlí některé spolučleny (i muže). Ve skupinových sezeních je nadále v pozadí, tichá, na rozdíl od mimoskupinového času a pohybových aktivit, kde vzbuzuje pozornost svou aktivitou a fyzickou obratností. Je ostatními oceňovaná, již nejen jako tichá mravní autorita, ale i za svůj smysl pro kolektivní hru a smysl pro humor. Glykemie v tomto období začíná kolísat, mezní naměřené hodnoty jsou 4–23 mmol/l, Jitka tak občas pociťuje stavy nevolnosti, ale má tendenci je bagatelizovat, s úsměvem je přechází jako staré známé zkušenosti, ví, jak na ně, upravuje si sama dávky v inzulinové pumpě. Nabízí se souvislost se zvýšenou pohybovou aktivitou a menší sebekázní po stránce péče o hladinu krevního cukru.

Během **pátého a šestého týdne** pozorujeme u Jitky pozitivnější vztah k

mužům, prokazuje větší odvalu k otevírání se ve skupině (hovoří o svém vztah k mužům, dokonce o sexualitě), na dovolenkách dochází k sblížení se sestrou i matkou, opět komunikují, přehodnocuje vztah k rodině. Začíná toužit po partnerovi. Glykemie se zpočátku pohybuje v rozmezí: 6–22 mmol/l, později se stabilizuje mezi 8–14 mmol/l. Celkově však dochází ke změnám v somatickém stavu: pozorujeme náhle vzniklé otoky očních víček, Jitka udává bolesti kloubů, kolen, kyčlí, zvýšenou teplotu nemá. Z provedených laboratorních vyšetření zachytáváme elevaci protilátek proti antigenním strukturám štítné žlázy (anti-TPO) v hodnotě 278,5 IU/l, (norma do 35 IU/l), při lehce sníženém trijodtyroninu na 0,8 nmol/l (norma 1,23 – 3,00 nmol/l) a mírně zvýšeném tyroxinu na 46 nmol/l (norma 10,3–35 nmol/l). Tedy nález prakticky prokazující u Jitky **autoimunitní thyreoiditu**. Z odběru na serologické vyšetření **protilátek proti borreliím** získáváme **pozitivní výsledek** v oblasti IgM – Index 1,45 (> 1,1). Nasazujeme doxycyklin v třítydenní kúře, potíže postupně odeznívají. Zato **následující, sedmý týden** vznikají potíže s glykemií, kolísání dosahuje hodnot 6–29 mmol/l, Jitka nedává najevo žádné tělesné obtíže, dokonce dochází k poruše inzulinové pumpy. Sama si řeší její výměnu kurýrem, cestuje kvůli tomu. Ačkoli v deníku tento týden charakterizuje jako nejhorší ze všech (objevuje se znovu pláč, výčitky a pochybnosti o sobě), je patrné, že nás „nechce zatěžovat“, vyjadřuje jen opakovaně vděk za péči a zájem. V oblasti prožívání se sice na jednu stranu projevuje pozitivnější vztah k mužům, větší odvalu k odhalování se ve skupině i otevřeně vyjadřovaná touha po partnerovi a normálním sexuálním životě, zároveň se však rozevírají na druhé straně nůžky dalšího konfliktu.

Přiznává, že se v té době objevují dva muži (potenciální partneři) naráz, z toho jeden pochází z okruhu Jitčinyých přátel, druhý je spolučlen ze skupiny. Jitka upadá do pocitů viny (*komplikují život druhým*), váhá (*s kým chci žít po svém boku?*), nerada by někomu z nich ublížila (*chci vyhovět všem*), je bezradná (*co vlastně chci?*). Opět se vzdouává vlna pochybností o sobě samé, o svých perspektivách (*je to se mnou stejné, beze změny, jsem odtržená od reality, jsem „mimoň“*). Svou zamilovanost do spolučlena ze skupiny je však schopna nečekaně odvážně otevřít ve skupinovém sezení, což vzhledem k Jitčinyým fobickým počátkům v oblasti prožívání intimity považujeme za značný pokrok. Spolupacientovi nedlouho poté končí pobyt a odchází (pozn.: nějaký čas se Jitka schází s oběma, a krátce po svém propuštění se rozhoduje pro vztah s mužem „zvenčí“). **V posledním, osmém týdnu** léčby se Jitka na první pohled celkově stabilizuje, nevykazuje žádné somatické příznaky, glykemie sice kolísá mezi 10–20 mmol/l, to však lze přičíst i úzkosti a obavám z propuštění. Sama uvádí, že je svou minulost již schopna propojit se současností, (poznatek z arteterapie), že dokáže trávit celý den ve společnosti druhých, ba dokonce ji sama vyhledává, a že cestu ze „sebevydeptávajícího bludiště“ může najít v nových aktivitách s lidmi, v rozšíření svých zájmů a vztahů. Chce už zažívat méně samoty. V deníku

ZÁVĚR

V průběhu léčby naší pacientky, a vysoce pravděpodobně i před ní, docházelo k prolínání somatických a psychologických jevů, tělesných symptomů a emocí. V anamnéze nacházíme *astma bronchiale*, jež bývá asociováno s úzkostí z opuštění (3), se stavy zoufalství a

celkově hodnotí pobyt slovy, která charakterizují nejen jeho úspěšnost, ale i pochybnosti o jeho smyslu: „Tak jsem tu přece jen nebyla zbytečně“...

Měsíc po propuštění...

Mám se moc dobře. Zatím žádné krize, chodím na brigády do knihkupectví, mám nějaké soukromé hodiny a jeden den v týdnu jezdím učit do O. No a hlavně si odžívám a prožívám své první lásky – s radostmi i bolestmi, které k tomu patří. Moc vám děkuji za všechno, co jste pro mě udělali. Život je teď mnohem barevnější, krásnější a dobrodružnější... (z dopisu terapeutům).

8 měsíců po propuštění...

Při spontánně zorganizovaném setkání bývalé terapeutické skupiny s terapeutky Jitka s klidným úsměvem referuje o svém současném životě. Dokázala se vymanit ze vztahu s přítelem, v němž se cítila omezovaná a nemohla v něm dýchat... Dokázala odolat tlaku matky na organizaci jejího života (zadlužit se a stavět dům), a to i za cenu rozkolu mezi nimi, který snáší mnohem lépe než dříve („*To už je mámin problém, ne můj*“...). Pracuje prakticky každý den s dětmi, uvažuje o celém pracovním úvazku na umělecké škole, ani tělesně, dle svých slov, nestrádá.

bezmoci a se strachem z nadměrné blízkosti a péče. Ve shodě s psychosomatickou literaturou a klinickou zkušeností naší pacientce pravděpodobně astmatické záchvaty v dětství kompenzovaly potlačené přirozené emoční projevy (1,2). *Diabetes mellitus*

bývá v psychosomatické literatuře pojednáván jako tělesné vyjádření problému v oblasti sdílení pozitivních citů i záporných emocí (konflikt mezi láskou/sladkým a agresí/kyselým). V principu hyperglykemie lze spatřovat „neschopnost pustit si lásku (cukr) do nitra (buněk)“ (1,2), což jsme vnímali i u naší pacientky, ač faktorů podílejících se na její neschopnosti prožívat intimitu bylo více. Lékaři somatických oborů dobře znají u svých diabetických pacientů kolísání glykemie na podkladě prožívaných emocí a jejich střídání na podkladě deletrvajícího interpersonálního napětí nebo zhoršené spolupráce (non-compliance) (4). V průběhu emočně náročné skupinové léčby, navíc při osobnostních charakteristikách pacientky, disimulující i vážnější výchyly ve zdravotním stavu a se sklonem

nedodržovat životosprávu byla nerovnováha glykemie vlastně „přirozeným atributem“. Pokud u naší nemocné budeme pohlížet na její *diabetes I. typu* a také na její *thyreoiditidu* (ať už nově zjištěnou či „jen“ potvrzenou) jako na formu autoimunitní poruchy, opět obě tato onemocnění (sdružovaná někdy do syndromu polyglandulární autoimunitní aktivity) svým způsobem korespondují s jejími osobnostními charakteristikami. Psychosomaticky orientovaná literatura k tomu dodává: Vlastní tělesné struktury (např. štítná žláza či slinivka) jsou násilně atakovány zevnitř obranným systémem namísto vnějších nepřátel. Člověk je sám sobě nepřítelem, sám se rozhodává agresemi, jichž účelně nevyužívá a jež se tlačí navenek. Jde o výraz nejsilnějšího potlačování (1,2).

Literatura

1. Dahlke, R.: *Nemoc jako symbol. Pragma, Praha 1996:105–106 ;127.*
2. Dahlke, R., Dethlefsen T.: *Nemoc jako cesta. Aquamarin, Praha, Bratislava 1995: 128–132.*
3. Poněšický, J.: *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Triton, Praha 2002:65–67.*
4. Tress, W. et al: *Základní psychosomatická péče. Portál, Praha 2007: 110–114.*

Olomouc 29. 6. 2011

MUDr. Michal Kryl
psychoterapeutické oddělení
Psychiatrická léčebna
Olomoucká 173 Šternberk
michal.kryl@seznam.cz

Do redakce přišlo 14. 7. 2011
Přijato: 31. 12. 2011
Do tisku zařazeno: 31. 1. 2012

TEORIE



JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE I. HISTORIE PROBLEMATIKY A DEFINICE

SOUHRN: JÁNIŠ M: KOMPLIANCE (ČÁST I) – HISTORIE PROBLEMATIKY, DEFINICE; PSYCHOSOM, 2012;10(1), s. 17-25

V souvislosti s proměnou vztahu pacienta i zdravotníka v posledních desetiletích i v souvislosti s posunem úkolů, které si medicína v tomto období klade, vyvstávají stále důraznější otázky ohledně compliance – adherence, tedy míry, se kterou se pacientovo jednání (např. ve smyslu brání léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků. Toto téma je citlivé – dotýká se totiž otázek vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, přesněji toho, jak je v tomto vztahu rozdělena autorita, moc, poslušnost, odpovědnost, vina. Je třeba, aby se porozumění těmto souvislostem odráželo v používání správných pojmů (compliance, adherence, či terapeutický vztah?), neboť naše slova formují naše myšlení. Zároveň je třeba vnímat, že hledání vytříbených pojmů v této oblasti může být jen falešným pokusem otupit hroty nepříjemnému problému.

KLÍČOVÁ SLOVA: compliance, adherence, terapeutický vztah

SUMMARY: JÁNIŠ M.: COMPLIANCE (PART I) – DEFINITION AND ASSESSMENT;
PSYCHOSOM, 2012; 10(1), pp. 17-25

Due to the change in the relationship between the patient and the provider in the recent decades and due to the shift of the goals set by today's medicine, we can see more and more important issues concerning the topic of compliance (adherence). These concepts refer to the extent to which patient's behavior (in terms of taking medication, following diets, or achieving lifestyle changes) coincides with medical or health advice. We ascertain that the patient's behavior does not coincide. This topic needs to be treated with great tact – it interferes with the relationship between health care providers and patients – authority, power, obedience, responsibility, and guilt. The understanding of this context should be reflected in using correct terms (compliance, adherence, or therapeutic alliance?), because our words give structure to our ideas. On the other hand, the search for precise terms may be only an attempt, how to make a problem pleasanter, and so more easily to be forgotten.

KEY WORDS: compliance, adherence, therapeutic alliance

HISTORIE PROBLEMATIKY

M. R. DiMatteo a D. D. DiNicola (1982) si všimají, že zkoumaný problém nabývá na důležitosti od počátku 20. století, kdy vzrůstá význam toho, aby pacienti zachovávali rady lékaře. V předcházející historii se vztah „lékaře“ a „pacienta“ odehrával spíše v akutních lékařských zásazích, které nevyžadovaly dlouhodobou spolupráci pacienta. A pokud léčba dlouhodobější spolupráci pacienta vyžadovala, lékařem udělované rady měly většinou podobu lidově uznávaných doporučení, která byla všeobecně

chápana a přijímána, takže ani pacient s nimi neměl problém. Lidé umírali dříve, než mohli zakusit dnešní civilizační choroby (zejména srdeční či cévní onemocnění a rakovinu) – tedy onemocnění, která vyžadují (podle rady lékaře) výraznou změnu životního stylu, neboť na ně dosud neexistuje rychlý zázračný lék. Rovněž preventivní přístup, který je podobně spjat s komplikací, byl tehdy teprve v počátcích. To vše se na začátku 20. století začalo měnit.

DEFINICE KOMPLIANCE

Jako definice compliance (anglicky „compliance“) bývá v literatuře nejčastěji citována třicet let stará definice R. B. Haynese (1979, s. 1): „Kompliance označuje míru, se kterou se pacientovo jednání (ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků.“ (Nekompliance – „non-compliance“ – pak naopak označuje

míru, se kterou je pacientovo jednání v nesouladu s doporučeními získanými od zdravotníků.) Obliba této definice zřejmě vychází ze skutečnosti, že je v ní zdůrazněn nedíchoťomní charakter námi zkoumaného termínu jevu (ne/kompliance je totiž spíše kontinuum). Další předností uvedeného vymezení je, že podtrhuje potřebu specifikovat požadované chování pacienta i nutnost

dohodnout se na tom, jak vysoká míra compliance je v tom kterém případě požadována. Z řad kritiků je třeba citovat B. Blackwella (1997), který k zmiňované definici poznamenává, že ačkoliv pacienti z nekompliance neobviňuje, v jistém smyslu naznačuje, že by pacienti měli radám zdravotníků vyhovět. V tom vidí zmiňovaný autor (podobně jako S. Holm /1993; in Blackwell, 1997/) nepoměr – vždyť někdy jsou to právě zdravotníci, kteří by

měli vyhovět pacientovu informovanému a uváženému přání. Nekompliance se děje tehdy, když pacient nedělá to, co chce zdravotník, ale i tehdy, když zdravotník nedělá to, co chce pacient (Shea, 2006). Uvedenou definicí není také vystižena tzv. profesionální compliance – compliance ze strany zdravotníků, která se projevuje dodržováním vodítek pro přiměřenou a uspokojivou zdravotní péči (O'Brien, 1997). Podrobněji se o ní zmíníme dále.

OBTÍŽNOSTI V TERMINOLOGII

V tomto ohledu se dotýkáme citlivého místa pojmu „compliance“. Slovníková definice „compliance“ totiž odkazuje na anglické slovo „to comply“ – „vyhovět; poddat se někomu; přizpůsobit se něčemu; dodržet“ (Hais, Hodek, 1984). Termín „compliance“ by pak v sobě mohl zahrnovat autoritativní přístup zdravotníka, jednosměrnou komunikaci od něj směrem k pacientovi, pojetí zdravotníka a pacienta jako dvou soupeřů, požadavek na poslušnost a věrnost pacienta i jasné vyjádření toho, kdo bude obviněn v případě nekompliance (Edelmann, 2000). Pojem compliance je rovněž zavádějící, protože naznačuje, že je to zdravotník, kdo vybírá správnou léčbu. Tak je tomu snad jen v případech nedobrovolné hospitalizace – jindy je to však tak, že pacienti volí podobu léčby. Zdravotník to často jen „bezmocně“ sleduje (Shea, 2006).

Můžeme rozlišit čtyři přístupy reagující na tyto konotace studovaného výrazu:

Mnozí (Levensky, Donohue, 2006; Baštecká et al., 2003) hledají jiné termíny, které by v sobě obsahovaly menší míru moci zdravotníka ve vztahu k pacientovi. Používají zejména pojem „adherence“ (anglicky rovněž

„adherence“), který zahrnuje nejen shodu chování pacienta s doporučením získanými od zdravotníka, ale i nutnost předchozího souhlasu pacienta s tímto doporučením. Tento pojem je doporučován většinou odborné veřejnosti (Horne, 2005). Badatelé zastávající tento přístup používají často i pojem „konkordance“ („concordance“), vystihující míru, se kterou se to, co si pacient myslí, že je po něm zdravotníky požadováno, shoduje s tím, co si zdravotník myslí, že pacient skutečně v léčbě dělá (R. Horne /2007/ v této definici vidí zdůraznění partnerství pacienta a zdravotníka). Badatelé používají také pojem „spolupráce“ („cooperation“, „congruence“), „terapeutické spojenectví“ („therapeutic alliance“), „zájem o užívání medikace“ („medication interest“), popřípadě již poněkud posunutý pojem „zplnomocnění“ („empowerment“)¹.

¹ „Empowerment“ je sociálním, kulturním, psychologickým a politickým procesem, během kterého jednotlivci a sociální skupiny vyjadřují své potřeby, předkládají své starosti, učí se postupy jak se více angažovat v rozhodování o těchto potřebách a v jejich dosahování. Během takového dění lidé vidí větší souvislost mezi svými životními cíli a

Odvolávají se na Whorf-Shapirovu hypotézu, že slova popisující určité události mají velký vliv na to, jak je těmto událostem rozuměno (Dunbar, Marshall, Howell, 1979).

Jiní (DiMateo, DiNicola, 1982) používají termínů „adherence“, „spolupráce“, „kompliance“ vzájemně zaměnitelně.

A jsou i tací (včetně autora této studie), kteří z mnoha termínů vybírají zrovna „komplianci“, neboť ta podle nich zajišťuje, že etické a sociální souvislosti

vnímáním svých schopností, mezi svými snahami a životními úspěchy. V oblasti zdraví je pak „empowerment“ procesem, během kterého lidé získávají větší vliv na rozhodnutí ohledně svého zdraví a větší moc nad zdraví prospěšnými činnostmi (Definition of Wellness, 2011).

studovaného tématu zůstanou v centru pozornosti (Haynes, 1979).

Konečně přístup některých autorů (Češková, 2009; Křivohlavý, 2002) je nejasný.

A. R. Feinstein (1990; in Blackwell, 1997) uvádí, že do r. 1990 mělo více než 99 % článků o studovaném tématu v názvu termín „kompliance“. Jak se četnost tohoto pojmu pozměnila za posledních dvacet let, není z odborné literatury známo. Můžeme se snad jen řídit četností pojmu „kompliance“, „adherence“, „spolupráce“, „terapeutické spojení“ a „empowerment“ na internetových stránkách MEDLINE (The National Library of Medicine, 2010).

Tab. 1 Četnost pojmu „kompliance“, „adherence“, „kompliance a adherence společně v jednom titulu“, „terapeutické spojení“ a „zplnomocnění“ v TITULECH studií uvedených na internetových stránkách MEDLINE

termín: období:	kompliance „ <i>compliance</i> “	adherence „ <i>adherence</i> “	kompliance a adherence v jednom titulu	terapeutické spojení „ <i>therapeutic alliance</i> “	zplnomocnění „ <i>empowerment</i> “
2005-2009	730	1343	28	25	0
1999-2004	547	663	10	14	0
1995-1999	370	201	7	7	0
1990-1994	128	60	0	2	0
do r. 1989	195	56	1	4	0

Tab. 2 Četnost pojmu „kompliance“, „adherence“, „kompliance a adherence společně v jednom textu“, „terapeutické spojení“ a „zplnomocnění“ v TEXTU studií uvedených na internetových stránkách MEDLINE

termín: období:	kompliance „compliance“	adherence „adherence“	kompliance a adherence v jednom textu	terapeutické spojení „therapeutic alliance“	Zplnomocnění „empowerment“
2005-2009	26 376	15 966	13 413	946	0
1999-2004	20 678	8 966	8 195	618	0
1995-1999	11 305	4 382	2 952	267	0
1990-1994	1 554	495	355	102	0
do r. 1989	958	290	181	68	0

Z výše uvedených přehledů vyplývá, že autoři vědeckých výzkumů dávali zhruba do roku 2000 přednost termínu „kompliance“. S nástupem nového tisíciletí začíná v dílech věnovaných danému tématu převažovat termín „adherence“. V dílech, která se jen tématu dotýkají, je „kompliance“ stále ještě častějším pojmem, ovšem trend směřuje k užívání „adherence“. V této nejasné situaci mnozí autoři raději

uvádějí oba pojmy v jednom textu společně. Je pozoruhodné, že termín „empowerment“ je ve studiích námi citovaného zdroje neznámý, ačkoliv představuje silný proud v současné sociologii, psychologii, filosofii, politice i hospodářství.

Kromě výše uvedených termínů jsou ve stejném (či podobném smyslu) uváděny i jiné pojmy. Shrnuje je následující tabulka.

Tab. 3 Pojmy používané ve stejném či podobném smyslu jako „kompliance“ (DiMateo, DiNicola, 1982) a jejich překlad (Hais, Hodek, 1984)

Anglický výraz	Český překlad
Acquiescence	souhlas, přijetí něčeho
Adherence	lpění, přilnavost, dodržování
Allegiance	poddanství, věrnost, loajalita
Collaboration	spolupráce, společné dílo, kolaborace
Kompliance	shoda, harmonie, vyhovění, poddajnost

Concession	ústupek, povolení
Concordance	shoda, konkordance
Kongruence	Shoda
Cooperation	spolupráce, součinnost, kooperace
Fidelity	věrnost, přesnost
Integrity	neporušenost, poctivost, celistvost
Internalisation	zvnitřnění, internalizace
Obedience	poslušnost, podřízenost
self-control	sebeovládání, sebevláda, sebeopanování, sebekontrola
therapeutic aliance	terapeutické spojenectví, aliance
medication interest	zájem o medikaci

Ať už používáme jakýkoliv pojem, je třeba jej užívat v kontextu terapeutického spojenectví mezi zdravotníkem a pacientem. Přednější než změna terminologie je změna postoje (Holm, 1993, in Blackwell, 1997).

Pozoruhodný je i vývoj způsobu psaní a výslovnosti „kompliance“ v naší literatuře: od psaní výrazu „compliance“ (popřípadě „non-compliance“) a zřejmě i

anglické výslovnosti tohoto termínu (Mohapl, 1991);

přes používání výrazů „compliance“ a „kompliance“ v jednom díle vedle sebe (Baštecká, Goldman, 2001; Křivohlavý, 2002);

až po důsledné používání počestlého výrazu „kompliance“ (popřípadě „nekompliance“) (Baštecká et al., 2003; Čéšková, 2009; Kohoutek, 2008).

PODOBY NE/KOMPLIANTNÍHO CHOVÁNÍ

Po tomto exkurzu do terminologické problematiky je třeba se znovu vrátit k definici, kterou uvádí R. B. Haynes (1979, s. 1): „Kompliance označuje míru, se kterou se pacientovo jednání (ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků.“ Můžeme z ní usuzovat na to, že

kompliantní chování nabývá různých podob. Například, že pacient:

- pravidelně navštěvuje lékaře či jiného zdravotníka a přichází na tyto schůzky včas;
- začne předepsanou léčbu a vytrvá v ní;

- dodržuje doporučené změny životního stylu (pravidelné cvičí, dodržuje dietu, procvičuje relaxaci a jiné protistresové techniky, sleduje se, podstupuje nácviky v rámci kognitivně-behaviorální terapie);
- správně užívá medikaci (vzvedne si léky, které jsou na receptu, užívá správné dávky, bere léky v předepsaný čas, pamatuje si, zda si vzít jednu či více dávek, tak jak bylo doporučeno, ukončí braní medikace v určený čas);
- pravidelně testuje svůj zdravotní stav (např. v případě léčby diabetes);
- vyhýbá se rizikovému chování (nekouří, nepije alkohol, nebere drogy, používá bezpečnostní pásy);
- ukončí léčbu v dohodnutý čas.

To vše jsou formy compliance – jejich opak vystihuje formy nekompliantního chování (Levensky, Donohue, 2006).

Zmíněné popisy kompliantního chování pacienta (popřípadě chování nekompliantního, které si z nich můžeme odvodit) jsou poněkud akademicky sterilní. V praxi se často setkáváme se situacemi, které jsou barvitější a přesněji vykreslují složitost celé problematiky. M. Hodge (1997) uvádí některé z nich:

- Klient B. chce brát léky, ale nechce chodit na skupinovou psychoterapii. Je to nekompliance?
- klientce V. si personál myslí, že by měla ještě v léčbě zůstat. Jí ale končí ochranná psychiatrická léčba a chce domů. Je to nekompliance?
- Klientka A. chce brát ten lék, ale nechce brát jiný. Je to nekompliance?
- Klientka S. má mentální deficit, dělí se o medikaci se svým přítelem. Je to nekompliance?

- Klient R. si přeje ubytování, ale chce bydlet s někým. Ne sám. Bydlení o samotě odmítá. Je to nekompliance?

Výše uvedené příklady jsou převzaty z prostředí koordinované péče („case management“). I zdravotnické prostředí zná nejasnosti v rozlišení nekompliance (Gordis, 1979): Jsou nekompliantní ti pacienti, kteří nepřijdou na preventivní prohlídku? Anebo jsou nekompliantní ti, kteří sice přijdou, ale (pokud mají pozitivní nález) už se nezúčastní prvního setkání s lékařem ohledně léčby? Anebo jsou nekompliantní až ti pacienti, kteří se takového setkání zúčastní, ale nedodržují potom léčebný režim?

Je také důležité rozlišit nekomplianci a chybu v užívání medikace. U chyby má pacient zájem o zachování zdravotnických doporučení, ale ta jsou tak složitá nebo tak náročná na intelektuální kapacitu daného pacienta, že je pacient nedodrží nebo dodržet nemůže. Nekompliance oproti tomu zahrnuje úmysl doporučení nedodržet (anebo dodržet jen jeho část).

Objevují se i snahy nekomplianci „zlidštit“ a „znormalizovat“ jako jev, který je znám všem (nejen pacientům). Děje se to třeba vztahovým propojením compliance pacienta s kompliancí zdravotníka. M. K. O'Brien (1997) i J. M. Prochaska, J. O. Prochaska a S. S. Johnson (2006) tvrdí, že compliance ze strany zdravotníků se projevuje tím, že dodržují vodítka pro přiměřenou a uspokojivou zdravotní péči (např. provádějí řádná screeningová vyšetření za účelem ochrany těch, u kterých jsou rizikové faktory pro vývoj chronických onemocnění vyšší, správně předepisují léky, dostatečně informují pacienty, nabízejí opakované návštěvy v případech, kde jsou potřeba, dodržují

hygienické zásady a bezpečnostní pravidla, dbají na vlastní vzdělávání, plní

oznamovací povinnost, správně dokumentují.

ZÁVĚR

Od počátku 20. století dochází k proměnám důrazů medicíny: přibývá onemocnění, která potřebují dlouhodobou spolupráci pacienta v náročné a ne vždy snadno pochopitelné léčbě. V souvislostech s touto spoluprací mluvíme o komplianci. Tento pojem označuje „míru, se kterou se pacientovo jednání (ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků“ (Haynes, 1979, s. 1). Souvislost s anglickým termínem „to comply“ – „vyhovět; poddat se někomu; přizpůsobit se něčemu; dodržet“ (Hais, Hodek, 1984) – vede mnohé badatele k podezření, že by termín „kompliance“ v sobě mohl zahrnovat autoritativní přístup zdravotníka, jednosměrnou komunikaci od něj směrem k pacientovi, pojetí zdravotníka a pacienta jako dvou soupeřů, požadavek na poslušnost a věrnost pacienta i jasné vyjádření toho, kdo bude obviněn v případě nekompliance (Edelmann, 2000). Proto

je někdy dávána přednost jiným pojmům: adherence, spolupráce, kongruence, terapeutické spojení, zájem o medikaci aj. Objevují se i snahy nekomplianci „zlidštit“ a „znormalizovat“ jako jev, který je znám všem (nejen pacientům). Děje se to vztahovým propojením ne/kompliance pacienta s ne/kompliancí zdravotníka. Podle M. K. O'Brien (1997) i J. M. Prochasky, J. O. Prochasky a S. S. Johnsona (2006) zdravotníci nekomplianci dobře znají ze situací, kdy sami nedodržují vodítka pro přiměřenou a uspokojivou zdravotní péči. Černobílé vnímání compliance se konečně probarvuje (a zesložituje) i při setkání s reálným životem klientů – klient chce brát léky, ale nechce chodit na skupinovou psychoterapii; jiná klientka chce brát ten lék, ale nechce brát jiný; další klientka by podle personálu měla ještě v léčbě zůstat, končí jí ale ochranná psychiatrická léčba a chce domů atd. U všech těchto případů se můžeme ptát: Jde o nekomplianci?

LITERATURA

1. Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Grada.
2. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
3. Blackwell, B. (Ed.) (1997). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
4. Čěšková, E. (2009). *Kompliance v psychiatrii*. *Časopis lékařů českých*, 148, 489-492.
5. *Definition of Wellness*. (2011). [Retrieved 20th January 2011 from: <http://www.definitionofwellness.com/dictionary/empowerment-for-health.html>].

6. DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.
7. Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). *Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
8. Dunbar, J. M., Marshall, G. D., & Howell, M. F. (1979). *Behavioral strategies for improving compliance*. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
9. Edelman, R. J. (2000). *Psychosocial aspects of health care process*. Harlow, Prentice Hall, Pearson Education Limited.
10. Feinstein, A. R. (1990). *On white-coat effects and electronic monitoring of compliance*. In: *Archives of Internal Medicine*, 150, 1377-1378. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
11. Gordis, L. (1979). *Conceptual and methodological problems in measuring patient compliance*. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
12. Hais, K., & Hodek, B. (1984). *Velký anglicko-český slovník. Díly I-III*. Praha: Academia.
13. Haynes, R. B. (1979). *Introduction*. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
14. Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
15. Hodge, M. (1997). *Case managers and compliance*. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
16. Holm, S. (1993). *What is wrong with compliance? Journal of Medical Ethics*, 19, 108-110. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
17. Horne, R. (2007). *Concepts and terminology*. In: *National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation*. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. Brighton: Centre for Health Care Research. [Retrieved the 12th March 2011 from www.medslearning.leeds.ac.uk/.../76-final-report%5B1%5D.pdf.]

Do redakce přišlo: 15. 1. 2012

Po recenzi přijato 31. 12. 2012

Do tisku zařazeno: 31. 1. 2012

Práce je rozdělena do 7 částí, které budeme postupně uveřejňovat.



PhDr. Martin Jáníš je psychologem v kroměřížské léčebně a současně studentem PhD. v Olomouci. Zajímá se o spolupráci pacientů s léčbou, o kompliance a zjistil, že toto téma je v české literatuře poměrně málo zpracované. Proto nabízí informace o této oblasti ostatním kolegům.

FILOSOFIE



ILLICH I.: NEMESIS MEDICÍNY

V návaznosti na diskusi o výzkumu v minulém čísle přinášíme dnes ukázkou z připravované knihy historika a filosofa Ivana Illicha Nemesis medicíny. Ta vyšla sice již v r. 1975, dodnes však neztratila nic na své aktuálnosti. S ohledem na zpoždění postkomunistických zemí za vývojem přichází její překlad a vydání také v naší zemi podle mého názoru právě včas. S laskavým svolením brněnského nakladatelství EMITOS pana Tomáše Janečka, které knihu připravuje v tomto roce k vydání, zde uveřejňujeme dvě části, a to jednak proto, že se velmi hodí do naší společné diskuse, jednak proto, abychom podpořili tento vydavatelský počín.

Za redakci V. Chvála

DIAGNOSTICKÝ IMPERIALISMUS

V medicinalizované společnosti se vliv lékařů rozšiřuje nejen na peněženku a na domácí lékárníčku, ale také na kategorie,

do kterých budou lidé zařazeni. Medicínský byrokrat dělí lidi na ty, kteří smějí řídit auto, na ty, kteří mohou

zůstat doma a nejit do práce, ty, kteří musí být pod zámekem, kteří se mohou stát vojáky, kteří smějí překročit hranice, vařit, provozovat prostituci, ty, kteří nemohou kandidovat na vicepresidenty Spojených států, ty, kteří jsou mrtví, ty, kteří jsou kompetentní spáchat zločin a ty, kteří jsou za to odpovědní. Císařovna Marie Terezie vydala 5. 11. 1766 dekret vyžadující, aby soudní lékař potvrdil dostatečnou schopnost provinilce podstoupit mučení, aby byla zajištěna zdravá, tedy „správná“ výpověď; byl to první zákon požadující mandatorně lékařské osvědčení. Od té doby vyplňování formulářů a podpisování zpráv ubírá čím dál tím více lékařova času. Každý druh certifikátu zaručuje jeho držiteli specifický status založený na medicínském, spíše než na občanském názoru. Použitý zcela mimo léčebný proces způsobuje tento medicinalizovaný status dvě viditelné věci: (1) osvobozuje držitele od práce, vězení, vojenské služby nebo manželských pout; (2) dává ostatním právo zasahovat proti držitelově svobodě tak, že ho umístí do nějaké instituce nebo mu zakážou práci. Navíc nárůst lékařských potvrzení může nabídnout školám, zaměstnavatelům a politikům příležitost pro nové terapeutické funkce. Ve společenství, kde většina lidí je certifikována jako devianti, se prostředí pro takové devianty začne podobat nemocnici. A strávit svůj život v nemocnici je viditelně špatné pro zdraví.

Když už je společnost organizovaná tak, že medicína může proměnit lidi v pacienty, protože jsou nenarození, novorození, menopauzální či v jiném „rizikovém věku“, populace očividně ztrácí něco ze své autonomie volit si vlastní léčitele. Ritualizace životních period není ničím novým, co je nového, je její intenzivní medicinalizace. Kouzelník nebo medicinman – protipól

škodícího čaroděje – dramatizoval vývoj příslušníka afrického zandského kmene z jednoho stavu jeho zdraví do dalšího. Ta zkušenost mohla být i bolestivá, ale rituál byl krátký a sloužil celému společenství k osvětlení jeho vlastních regeneračních sil. Celoživotní lékařský dohled je něco jiného. Mění život v rizikové periody, z nichž každá potřebuje opatrovnictví specifického typu. Od kolébky po kancelář, od Club Mediterranée po nemocniční oddělení pro umírající, každá věková skupina je podmíněna prostředím, jež definuje zdraví pro ty, kteří k ní patří. Hygienická byrokracie zastaví rodiče přede dveřmi školy a nezletilé před vraty soudu a bere staré lidi z domovů. Jakmile se cokoliv stane specializovaným místem, škola, pracoviště nebo domov, je to vyhlášeno za nepříslušné pro většinu lidí. Nemocnice, moderní katedrála, vévodí nad tím vším hierarchickým prostředím naplněným lidmi oddanými zdraví. Od Stockholmu po Sydney věže léčebných center vyvolávají v krajině dojem příslibu velkolepého závěrečného objetí. Pro bohaté i chudé se mění život v putování od kontroly ke kontrole, mezi klinikami, zpět na oddělení, na kterém začal. Život je tak redukován na „interval“, na statistický úkaz, který, pro dobré i zlé, musí být institucionálně naplánován a vymezen. Tento životní interval je uveden do existence prenatalní kontrolou, kdy lékař rozhodne, zda a jak se má plod narodit, a končí záznamem v chorobopisu, který oznamuje: v resuscitaci nepokračovat. Tento ranec biomedicínské péče mezi narozením a koncem nejlépe odpovídá městu, které je vystavěné jako mechanická děloha. V každém stadiu svých životů jsou lidé specificky postižení. Nejviditelnějším příkladem je stáří: lidé se stávají oběťmi léčení zaměřeného na neléčitelné stavy.

Většina zdravotních obtíží se skládá z nemocí, které jsou akutní a benigní – tedy buď odejdou samy, nebo vyžadují péči spočívající v několika desítkách běžných zákroků. V řadě případů jsou pravděpodobně ti, kteří jsou léčeni nejméně, na tom nejlépe. „Pro nemocné,“ říká Hippokrates, „co nejméně je to nejlepší.“ Nejčastěji to nejlepší, co může udělat vzdělaný a svědomitý lékař pro nemocného, je dodat mu důvěru, že může žít i s tímto postižením, ujistit ho o uzdravení nebo o dostupnosti morfinu v případě potřeby, udělat pro něj to, co by udělala jeho babička, a ostatní ponechat přírodě. Nové triky, které se tak často používají, jsou tak jednoduché, že poslední generace našich babiček by se je snadno naučila již dávno, nebýt toho, že byla medicínskou mystifikací zatlačena mezi nekompetentní osoby. Skautský výcvik v první pomoci, zákony dobrého Samaritána a povinnost vozit vybavení pro poskytnutí první pomoci by zabránilo mnoha úmrtím na dálnicích daleko lépe než celá letka helikoptér. Ty zákroky, které již patří do kompetence primární péče a po jejím uvážení do péče specialistů, by mohly být prováděny mnohem účinněji, kdyby se každý občan cítil odpovědný za to, že rozezná, kdy je akutní léčba nutná. Pro super-akutní onemocnění je léčba natolik komplikovaná, že vyžaduje specialistu, léčba je však často neúčinná a ještě častěji nedostupná, nebo dostupná příliš pozdě. Po dvaceti letech socializované medicíny v Anglii a Walesu stále platí, že lékař se k nemocnému s akutní koronární příhodou dostane až čtyři hodiny po začátku příznaků, a v tu dobu je již 50 procent pacientů po smrti. Skutečnost, že medicína začala být velmi účinná při léčení některých příznaků, neznamená, že začala být užitečnější pro zdraví pacientů. Po dosažení určité kvalifikace nemusí specialista uplatňovat přísná

pravidla léčby jen na stavy, které jsou dlouhodobě za nemoc považovány – například revmatismus, apendicitida, srdeční selhání, degenerativní onemocnění, infekční choroby – ale daleko drastičtější také na ty, které na rozkaz medicínské péče právě vznikají. Jedním z příkladů je stáří, které bylo zatím považováno buď za pochybné privilegium, nebo politováníhodný konec života, ale nikdy za chorobu, bylo nyní přesunuto pod správu lékařů s jejich příkazy. Požadavky na péči o stáří vzrůstají nejen proto, že přibývá lidí, kteří se jej dožívají, ale také proto, že jich stále více požaduje, aby jejich stáří bylo léčeno.

Věk maximálního dožití se sice nezměnil, ale průměrný věk dožití ano. Průměrný věk dožití počítaný od narození enormně vzrostl. Přežívá mnohem více dětí, bez ohledu na to, jak jsou postiženy a jaké speciální podmínky či léčbu potřebují. Předpokládaný věk dožití mladých lidí stále stoupá, a to i v chudých rozvojových zemích. Ale v bohatých zemích se předpokládaný věk dožití u osob mezi patnácti a pětácti lety stabilizoval, pravděpodobně kvůli stoupající nehodovosti a novým nemocem, které zabíjejí ty, kteří dříve umírali na pneumonii nebo na jiné infekce. Všude kolem nás je relativně mnoho starých lidí, kteří jsou stále náchylnější k nemocem, nepatřičnosti, bezmoci. Bez ohledu na to, jak mnoho léků užívají a jak kvalitní mají péči, průměrný věk se za poslední století nezměnil. Medicína zatím neumí moc udělat s nemocemi vázajícími se ke stáří, a ještě méně se stářím samotným a s procesem jeho prožitku. Nemůže léčit kardiovaskulární nemoci, většinu nádorů, artritidu, pokročilou cirhózu, a nakonec ani nachlazení. Je štěstí, že některé bolesti, kterými staří lidé trpí, umíme zmírnit. Většina zákroků u

starých lidí bohužel nejen zhoršuje stávající bolesti, ale často, přestože je jinak úspěšná, nové vyvolává.

Stáří bylo medicinalizováno přesně v tom historickém okamžiku, kdy se stalo častějším úkazem v demografických údajích. 28 procent amerického rozpočtu na zdravotnictví je určeno deseti procentům populace nad pětadesát let. Tato menšina přerůstá zbytek populace v ročním poměrném tříprocentním zvýšení, přičemž náklady vynaložené na jednu osobu rostou relativně o 5–7 procent rychleji, než je tomu u zbytku populace. Čím více práva na medicínskou péči staří lidé získávají, tím více klesají příležitosti prožít nezávislé stáří. Mnozí hledají útočiště v různých institucích a zařízeních. Souběžně čím více starých lidí zahajuje léčbu pro úpravu neupravitelných stavů nebo pro léčení neléčitelných nemocí, tím více přibývá – a nabaluje se jako sněhová koule – nesplněných požadavků na služby pro staré lidi. Jestliže se staré dámě začne zhoršovat zrak, její problém nebude řešen, dokud nenavštíví „zařízení pro osoby se slábnoucím zrakem“ – některou z osmi set agentur v USA, které nabízejí tyto specializované služby, původně přednostně určené pro mladé lidi, kteří mohou být rehabilitováni a vrátit se do práce. Protože není ani mladá, ani zaměstnaná, dostane se jí pouze nevrleho uvítání; v té době ale bude mít také obtíže nalézt přiměřenou pomoc v zařízení pro staré. Bude tedy marginálně medicinalizovaná, a to hned dvakrát: jednou v zařízení pro rehabilitaci zrakově postižených, podruhé ji budou medicinalizovat pro její zchátralost.

Čím více starých lidí se stane závislými na profesionálních službách, tím více lidí bude odesíláno do nejrůznějších specializovaných institucí pro staré, zatímco nejbližší okolí bude čím dál

nevlídnější k těm, kteří na tom závisejí. Tyto instituce se jeví jako současná strategie pro umístění starých lidí, kteří jsou v mnoha kulturách institucionálně mnohem poctivěji a pravděpodobně méně odporným způsobem. Míra úmrtnosti během prvního roku umístění v takové instituci je významně vyšší než u těch, kteří zůstávají v prostředí, na něž jsou zvyklí. Separace od domova přispívá k výskytu a smrtelnému průběhu mnoha chorob. Někteří staří lidé volí instituci jako prostředek, který má zkrátit jejich život. Závislost je vždy bolestivá a ve stáří ještě víc. Výsady nebo chudoba v dřívějším životě dosahují vrcholu v moderním stáří. Jedině velice bohatí a velice nezávislí mají možnost vyhnout se medicinalizaci konce života, které se chudí musí podřídit a která se stává stále univerzálnější, přestože společnost, v níž žijí, bohatne. Přeměna stáří na stav vyžadující profesionální služby obsazuje staré lidi do role menšiny, v níž se budou cítit bolestně okrádání, navzdory relativnímu daňovému zvýhodnění a jiným finančním úlevám. Společnost se odvrací od starých slabých lidí, někdy nešťastně a zahořkle zklamaných nezájmem, a místo nich se věnuje certifikovaným příslušníkům nejsmutnější věkově naprogramované konzumentské skupiny, které nikdy nebude moci dostatečně uspokojit. To, co medicínské značkování provádí s koncem života, dělá stejně i s jeho počátkem. Stejně, jako je v lékařově moci potvrdit vysoký věk a nakonec zasáhnout ve prospěch předčasného důchodu nebo klimakteria, vyznívá jeho autorita v porodním sále; datuje se od poloviny devatenáctého století a postupně se šíří do dětského pokoje, do školky a do školních tříd, kde medicinalizuje celé dětství i pubertu. Jestliže se však stává přijatelným omezit eskalaci nákladné péče o staré lidi, limity

takzvané medicínské investice do dětství jsou tématem, které se zatím zdá být tabu. Průmysloví rodiče, nucení vyrábět pracovní sílu pro svět, který nikomu nevyhovuje, rodiče, kteří nebyli drceni a formováni šestnáctiletým vzděláním, se cítí neschopni pečovat osobně o svého potomka, a proto ho v zoufalství nechají sprchovat medicínou. Návrhy snížit zdravotní výdaje USA z jejich současné úrovně, která činí 100 miliard dolarů, na původních 10 miliard z roku 1950, nebo redukovat lékařské fakulty univerzity v Kolumbii, se nikdy nestaly kontroverzním tématem, protože jejich autoři byli velmi brzy zdiskreditováni jako bezcitní propagátoři infanticidy, nebo masového vyvražďování chudých. Ekonomický přístup k výrobě ekonomicky produktivních dospělých dělá ze smrti dítěte skandál, postižení časnou nemocí vyvolává veřejné rozpaky, na nenapravitelnou vrozenou vadu je nesnesitelný pohled a z možnosti eugenické kontroly porodnosti se v sedmdesátých letech stalo preferované téma mezinárodních kongresů. Co se týče dětské úmrtnosti, ta nepochybně klesla. Průměrný věk dožití se v rozvojových zemích zvedl z pětatřiceti let v osmnáctém století na sedmdesát let dnes. A to hlavně díky poklesu dětské úmrtnosti v těchto zemích; například v Anglii a ve Walesu klesl počet dětských úmrtí na 1000 živě narozených dětí ze 154 v roce 1840 na 22 v roce 1960. Ale bylo by zcela nesprávné připisovat více než jednomu „zachráněnému“ životu léčebný zásah předpokládající něco jako lékařův výcvik v tomto oboru, stejně tak by bylo chybou připisovat míru dětské úmrtnosti v chudých zemích, která je někdy desetkrát vyšší než v USA, nedostatku lékařů. Jídlo, antiseptika, civilní inženýrské stavby, ale nad tím vším nově rozšířené společenské odsouzení za smrt dítěte, a to bez ohledu na to, jak slabé nebo malformované

bylo; to jsou významné faktory a představují změny, které jen vzdáleně souvisejí s medicínou a jejími zásahy. Zatímco hrubá čísla uvádějící dětskou mortalitu ve všech státech USA se pohybují okolo sedmnácti, dětská úmrtnost mezi chudými je mnohem vyšší než mezi populací s vyššími příjmy. V New York City je dětská úmrtnost mezi černošskou populací dvojnásobná než mezi populací obecně, a pravděpodobně i vyšší než úmrtnost v nevyvinutých zemích, jakými jsou třeba Thajsko nebo Jamajka. Trvání na tom, že je třeba více lékařů k prevenci dětské úmrtnosti, může být proto chápáno jako způsob obcházení požadavku narovnání platů a zároveň tlak na vytváření většího množství pracovních míst pro profesionály. Stejně bezohledné je tvrzení, že by tento zásah měl příčinné vztahy a že přítomnost lékaře by znamenala pozitivní přínos pro zdraví. Ačkoliv lékaři jsou pionýry antiseptiky, imunizace a dietních doplňků, podílejí se také na rozšiřování krmení z lahví, které mění tradičního kojence v moderní nemluvně a zajišťuje průmysl prostřednictvím pracujících matek, které se stávají klientkami továrně produkovaných schémat.

Škody, které tato změna napáchá na mechanismech přirozené imunity, jež je podporována mateřským mlékem, a emoční stres z předčasného odstavení a převedení na láhev se tak vyrovnají, nejsou-li větší, výhodám vycházejícím ze specifické imunizace. Daleko vážnější negativní dopad má krmení z láhve na celosvětově přítomnou proteinovou malnutrii. Například do roku 1960 bylo 96 procent dětí v Chile kojeno do jednoho roku, někdy déle. Potom, během jednoho desetiletí, byly chilské ženy porobeny intenzivní politické indoktrinací, a to jak ze strany pravicových

křesťanských demokratů, tak ze strany nejrozličnějších levicových stran.

A tak již v roce 1970 kojilo pouze šest procent matek po celý první rok, 80 procent jich své děti odstavilo do dvou měsíců po porodu. Výsledkem bylo, že 84 procent potenciálního mateřského mléka zůstalo nevyprodukováno. Na chilské vypasené pastviny bylo dodáno dalších 32 000 krav, aby nahradily chybějící mléko, jak jen by to bylo možné. Protože kojenecká láhev se stala symbolem, objevily se s ní mezi dětmi, jimž byl odepřen mateřský prs, také nové nemoci. Protože matky postrádaly jakoukoliv zkušenost jak zacházet s nekojenými dětmi, staly se tyto děti novými konzumenty léčebné péče a jejich rizik. Je obtížné porovnat škody, které vznikly náhradou prodávané výživy za mateřské mléko s výhodami, jež přinesly medicínské intervence v dětské nemoci včetně chirurgických náprav od rozštěpů po srdeční vady.

Je pochopitelně možné argumentovat tím, že medicínská klasifikace věkových skupin podle jejich potřeb zdravotních služeb a zboží nevytváří sama o sobě nezdravé podmínky, ale že pouze reflektuje zdraví popírající rozpad rodinného zámotku, nejbližší sousedství

PREVENTIVNÍ STIGMA

Zatímco léčebné úsilí se stále více zaměřuje na stavy, u nichž je neúspěšné, drahé a bolestivé, medicína jako celek vrhá na trh prevenci. Koncept nemoci byl rozšířen až do oblastí zahrnujících předpovídaná rizika. Vedle péče o nemocné se léčebná péče stává zbožím, čím si, co člověk platí, spíše než to, co dělá. Čím vyšší platy společnosti vyplácejí, tím vyšší hodnotu mají jejich *aparátčici*, a tím více peněz musí být

jako dar sítě vztahů a prostředí jako ochranu místní malé komunity. Nepochybně je pravda, že medicalizovaná sociální percepce vnímá realitu, která je určována organizací produkce přinášející kapitál, a že tomu odpovídají sociální vzorce nukleárních rodin, sociálních agentur, znečištěné přírody, která ničí domovy, sousedské vztahy a prostředí. Ale medicína neodráží jednoduchým způsobem realitu; posiluje ji a reprodukuje postupy, které narušují sociální kokony, v nichž se člověk vždy vyvíjel. Medicínská klasifikace ospravedlňuje imperialismus standardních komodit, jakými jsou dětská výživa proti mateřskému mléku a domovy důchodců proti vlastnímu koutku ve vlastním domově. Tím, že vytváří z novorozenců hospitalizované pacienty, kteří nemohou být propuštěni, dokud není prokázáno, že jsou zdraví, a definuje babiččiny stesky jako cosi, co vyvolává potřebu léčení spíše než trpělivé úcty, vytváří medicínské podnikání nejen biologicky formulovanou legitimitu člověka-konzumenta, ale také další tlaky pro rozvoj medicínské mega-stroje. Genetický výběr těch, kteří odpovídají potřebám tohoto stroje, je dalším logickým krokem medicínsko-sociální kontroly.

utráceno na to, aby toto cenné soustrojí bylo dobře naolejováno. Servisní ceny za vysoce kapitalizovanou lidskou pracovní sílu jsou novým typem ocenění pro ty, kdo se dostali na prestižním žebříku dost vysoko. Příslušníci elitní vrstvy napodobují jejich „check-ups“, anglické slovo, jež se dostalo do francouzského, srbského, malajského a maďarského oficiálního slovníku. Lidé se mění v pacienty, aniž jsou nemocní.

Medicinalizace prevence se tak stává dalším podstatným symptomem sociální iatrogenese. Směřuje k transformaci osobní odpovědnosti za moji budoucnost na můj management nějakou agenturou.

Nebezpečí z rutinní diagnózy vyvolává obvykle méně obav než nebezpečí z rutinní léčby, přestože psychologické delikty způsobené medicínskou klasifikací nejsou ani v nejmenším dokumentovány. Diagnóza stanovená lékařem a jeho pomocníky může definovat pacientům jejich buď přechodnou, nebo trvalou roli. U každého případu totiž přiřazuje k biofyzickému stavu také sociální zhodnocení vytvořené předpokládaným autoritativním zhodnocením. Když veterinář diagnostikuje u krávy virózu, neovlivní to většinou pacientčino chování. Když totéž diagnostikuje lékař u člověka, jeho chování to ovlivní. V takových případech, kdy lékařova funkce je léčit a on shledá člověka nemocným, nemocnému z toho plynou určitá práva, povinnosti a úlevy, jež mají podmíněnou a omezenou platnost, která končí s jeho uzdravením; většina nemocí nezanechává ani stín poskvrny z deviace nebo narušeného chování na pacientově pověsti. Nikoho nezajímají ex-alergici, ex-apendektomovaní pacienti, stejně jako si nikdo nevzpomene na ex-zraněného z pouliční nehody. Na druhé straně v jiných případech jedná lékař primárně jako pojistný matematik a jeho diagnóza může očernit pacienta a někdy i jeho děti na celý život. Přílepením nezvratně degradující přípony k pacientově identitě ho navěky označuje přetrvávajícím stigmatem. Objektívni stav může již dávno vymizet, ale iatrogenní nálepka drží. Stejně jako ex-kriminálník, též bývalý psychiatrický pacient, pacient po infarktu, bývalý alkoholik, nositel genu srpkovité anemie a (dodnes) ex-tuberák se ve svých

životech změni v outsidersy. Stačí jen profesionální podezření, aby legitimizovalo stigma navzdory tomu, že popisovaný podezřelý stav nikdy neexistoval. Medicínská nálepka může ochránit pacienta před trestem, ale jedině za podmínek, že bude časově neomezeně podrobován různým instrukcím, léčbě a diskriminaci, která negativně postihne jeho možné profesionální zařazení a prospěch.

V minulosti medicína značkovala lidi dvěma způsoby: na ty, kterým by mohla být léčba prospěšná, a ty, kteří jsou za hranicí možné pomoci, jako leprózní, zmrzačení, malformovaní a umírající. Ať tak či onak, diagnóza mohla vést ke stigmatizaci. Medicinalizovaná prevence nyní vytváří třetí cestu. Proměňuje lékaře v oficiálně licencovaného čaroděje, jehož proroctví je schopno zmrzačit i toho, kdo odolal jeho lektvarům. Diagnóza může vyloučit nenarozené dítě se špatnými geny z knihy živých, jinému zabránit v povýšení a třetího vyloučit z politického života. Masový hon na zdravotní rizika začíná policejním záahem určeným k ulovení všech, kdo potřebují speciální ochranu: prenatální lékařská vyšetření; kliniky správné péče pro kojence; školní a táborové kontroly a předplacené zdravotní schéma. Čerstvě byly přidány „konzultační“ služby pro genetiku a krevní tlak. Spojené státy hrdě vedly svět při organizování honu na choroby a později také při zpochybnění jeho užitku.

V minulém desetiletí automatizované multifázické testování zdraví vstoupilo do operativní fáze a bylo doporučováno jako výtah chudého člověka do výšin Mayo Clinic a Massachusetts General Hospital. Tyto procedury na montážních linkách komplexního biochemického a

klinického vyšetření mohou být prováděny paraprofesionálními technikami za překvapivě nízkou cenou. Představují nabídku nespočetných milionů sofistikovaných záchyťů skrytých terapeutických potřeb, a to mnohem více, než jich bylo dostupných v šedesátých letech pro „nejvznešenější“ potentáty v Moskvě nebo v Houstonu. Naprostá absence kontrolovaných studií na počátku tohoto testování dovolila prodejci této masově produkované prevence vyvolat nepodložená očekávání. (Nyní jsou již k dispozici srovnávací kontrolované studie populačních skupin, které měly profitovat z trvalé služby a včasné diagnózy; dvě desítky těchto prací ukazují, že tyto diagnostické procedury – a to i tehdy, jestliže byly následovány vysoce kvalitní léčbou – neměly pozitivní vliv na předpokládaný věk dožití.) Ironií celého projektu bylo, že závažné asymptomatické nemoci, které screening dovolil zachytit mezi dospělými, jsou většinou neléčitelné a snahy o jejich léčení vedly ke zhoršení celkového stavu pacientů. V každém případě tento postup proměnil zdravé lidi v pacienty úzkostně očekávající svůj verdikt.

Při detekci chorob dělá medicína dvě věci: „objevuje“ nové nemoci a připisuje tyto nemoci konkrétním jedincům. Objev nové kategorie nemoci je důvodem k hrdosti lékaře-vědce. Připsat tuto patologii nějakému Tomovi, Dickovi nebo Harrymu je první povinností lékaře pracujícího jako člen konzultačního týmu. Je veden k tomu, aby „něco dělal“, a vyjádřením svých snah se cítí být aktivní a efektivní, když může nemoc diagnostikovat. Třebaže teoreticky při prvním setkání lékař nepředpokládá, že jeho pacient je zachvácen nějakou nemocí, vychází z principu možného selhání, a proto obvykle myslí, že přiřknout pacientovi nemoc je bezpečnější než ji přehlédnout. Pravidla

medicínského rozhodování ho nutí hledat bezpečné rozhodnutí tím, že raději diagnostikuje nemoc než zdraví. Klasickou ukázkou tohoto zkreslení je pokus provedený v roce 1934. V souboru 1000 jedenáctiletých dětí z veřejných škol v New Yorku bylo zjištěno, že 61 procent z nich je po tonzilektomii (odstranění krčních mandlí). „Zbývajících 39 procent bylo vyšetřeno skupinou lékařů, kteří z nich vyčlenili 45 procent jako kandidátů tonzilektomie a 55 procentům tento zásah nedoporučili. Tyto děti byly znovu vyšetřeny jinou skupinou lékařů a 46 procentům z nich byla tonzilektomie doporučena. Když byly tyto děti vyšetřeny potřetí, bylo k tonzilektomii doporučeno podobné procentuální množství z nich, ale ne týchž, takže nakonec bez doporučení tonzilektomie zůstalo jen pětadesát dětí z celého vzorku. Ty už nebyly dále vyšetřovány, protože už nebyli k dispozici další lékaři, kteří by to provedli.“ Test byl proveden na klinice s bezplatnou péčí, takže nelze kliniku podezírat z žádných skrytých finančních zájmů, které by tuto chybu podmiňovaly či vysvětlovaly.

Diagnostické zkreslení ve prospěch pozitivní diagnózy nemoci se kombinuje s častými diagnostickými omyly. Medicína nejenže s inkvizitorským nadšením vnáší sporné kategorie, dělá to navíc s takovou mírou zmetkovitosti, že by to žádný soud nemohl tolerovat. V jednom případě pitvy prokázaly, že více než polovina pacientů, kteří v britských univerzitních nemocnicích zemřeli s diagnózou specifického selhání srdce, zemřela ve skutečnosti na něco zcela jiného. V jiném případě byla tatáž sestava rentgenových snímků plic předložena témuž týmu specialistů, který ji posuzoval poprvé, při tomto druhém hodnocení byla ve dvaceti procentech případů vyhodnocena jinak. A do třetice:

stejný počet pacientů řekl doktoru Smithovi stejně jako doktoru Jonesovi, že trpí kašlem, že vykašlávají hlen nebo mají křeče v žaludku. Více než čtvrtina jednoduchých vyšetření provedených v nemocnici přinesla zásadně odlišné výsledky, než dodaly dvě původně využitě laboratoře. Jak se zdá, ani přístroje nejsou spolehlivé a neomylné. V soupeření mezi diagnostickými přístroji a lidmi nad 83 případy doporučenými k pánevní chirurgii patolog prokázal, že jak lidé, tak přístroje rozhodli správně ve 22 případech; v 37 případech počítač správně zavrhl lékařskou diagnózu; v 11 případech lékař prokázal, že se počítač zmýlil a v 10 případech byla chyba na obou stranách.

Na doplnění k diagnostickým zkrácením a omylům je třeba říci, že zde panuje bezohledná agrese. Katetrizace srdce, používaná k stanovení diagnózy kardiomyopatie – nepochybně není prováděna rutinně – stojí 350 \$ a zabíjí jednoho pacienta z padesáti. Navíc zde nejsou důkazy, že *diferenciální* diagnóza vycházející z jejich výsledků zvyšovala pravděpodobnost delšího přežití nebo pohodu pacienta. Většina vyšetření je méně vražedných a jsou také mnohem častěji běžně prováděna, ale mnoho z nich v sobě skrývá riziko jak pro jedince, tak pro jeho potomky, riziko dost značné na to, aby převážilo hodnotu jakékoliv informace, kterou lze touto cestou získat. Mnoho rutinně prováděných rentgenových a fluoroskopických vyšetření u mladých lidí, injekční nebo perorální podávání různých reagentů a kontrastních látek a použití Ritalinu při diagnostice hyperaktivity u dětí – to jsou jen některé příklady. Navštěvování veřejných škol, v nichž učitelé jsou vázáni postupy na ně delegované medicínské moci, představuje pro děti významné zdravotní riziko.

Třeba jednoduché a jinak neškodné vyšetření se může zvrhnout v riziko, je-li prováděno opakovaně a v násobcích. Jestliže je jedno vyšetření spojeno s několika dalšími, má mnohem větší možnost poškodit organismus, než je-li provedeno samostatně. Vyšetření se často stanou návodem pro terapii. Bohužel když se mění v mnohem komplexnější a další a další, jejich výsledky se stávají vodítkem pouze pro volbu postupu umožňujícího pacientovo přežití, který mu ale nutně nemusí pomoci. Ze všeho nejhorší je, že pokud mají lidé žít s komplexní laboratorní diagnózou, zranění či nezranění, vzniká riziko, že budou podrobeni léčbě, která je odporná, bolestivá, mrzačící a drahá. Není tedy divu, že lékaři oddalují návštěvu svého doktora mnohem déle než prostí laici a že jsou také v daleko horším stavu než laici, když se k němu dostanou.

Rutinní provádění časných diagnostických testů na velkých populacích zajišťuje medicínskému vědci širokou základnu, z níž lze vybírat případy, které nejlépe odpovídají existujícím léčebným postupům, nebo jsou nejužitečnější pro dosažení výzkumných cílů, ať už jsou vhodné pro léčebné kúry, rehabilitaci či konejšení, nebo ne. Během tohoto procesu jsou lidé utvrzováni ve víře, že jsou stroje, jejichž životnost závisí na návštěvách údržbářské dílny a jsou tak nejen zavázáni, ale přímo tlačeni k tomu, aby platili výzkumnému trhu a dalším aktivitám medicínského establishmentu.

Sdělení diagnózy znamená vždy stres, protože ustanovuje neschopnost, vnucuje inaktivitu, a zaměřuje pozornost směrem k nezvratnosti, nejistotě a závislosti na dalších lékařských nálezech, které všechny budou směřovat ke ztrátě autonomie a sebeuplatnění. Také staví postiženého do osamělé role, vyděluje jej z množiny zdravých a požaduje na něm,

aby se podřídil autoritě speciální osoby. Když už je jednou společnost zorganizovaná k preventivnímu honu na choroby, rozděljuje diagnózy způsobem šířící se epidemie. Tento konečný triumf terapeutické kultury proměňuje nezávislost průměrně zdravé osoby v neúnosnou formu deviace.

V dlouhodobé perspektivě hlavní aktivita tohoto vnitřně řízeného systému vede ke strašidelné proměně předpokládané délky života ve zboží. Položením

rovnítka mezi statisticky průměrného a biologicky jedinečného člověka vznikly neukojitelné požadavky po konečných zdrojích. Jedinec je podřízen vyšším „potřebám“ celku, preventivní procedury se stávají povinnými a právo pacienta odstoupit od dohody o vlastní léčbě vymizelo; jak prohlašuje káravě lékař, vše se musí podříditi diagnóze, protože společnost si nemůže dovolit zatížení léčebných procesů, které by byly třeba ještě dražší.

Přeložil R.Honzák

EMITOS, spol. s r.o.

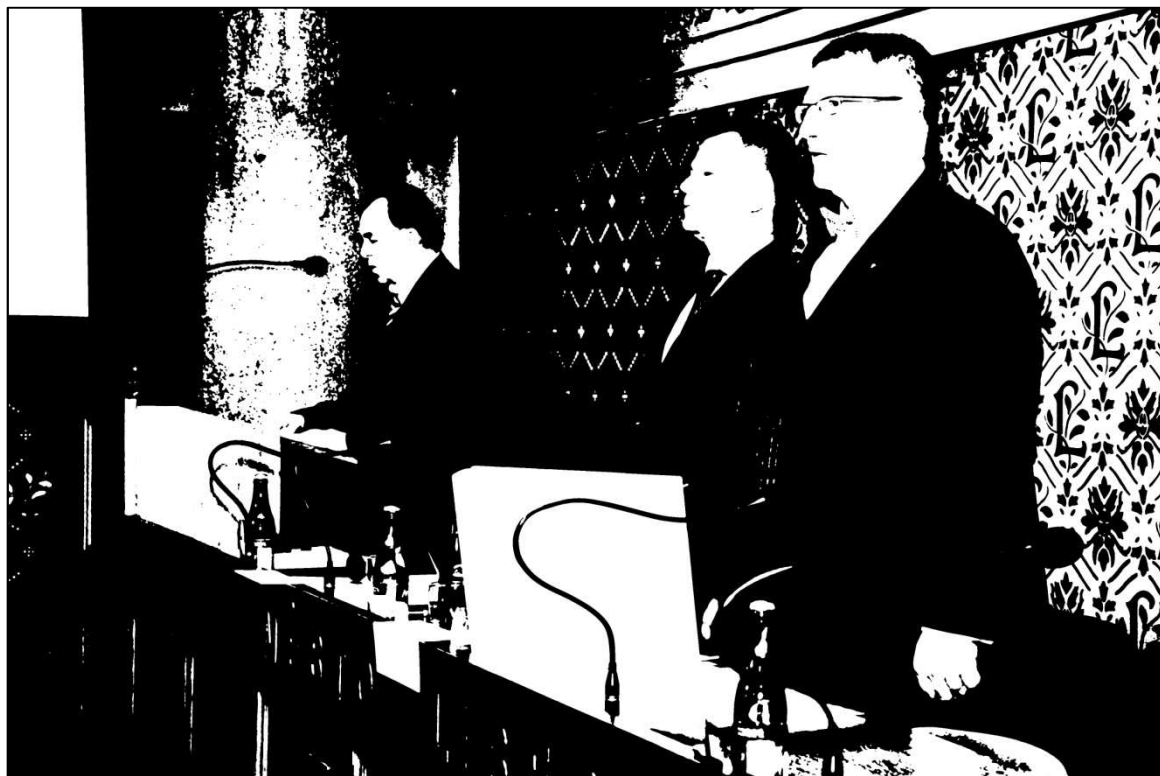
Přízova 10

602 00 Brno

Tel.: 543557340

e-mail: janecek.emitos@seznam.cz , www.janecekemitos.cz

GLOSÝ



LOUCKÁ P.: JAZYKOVÁ DEMAGOGIE V RODINĚ A SPOLEČNOSTI

K ovlivňování jednotlivců běžně využíváme argumenty působící na city a podporující předsudky. Náš jazyk je plný kvaziargumentací, invektiv, dehonestací.

JAZYKOVÁ KUDLA DO ZAD

Jazyk se běžně používá k útoku, málokdy přímočarému. Uvedu jen pár všednodenních modelů:

- *Mám vás rád.* Útočník nemá soupeře rád ani náhodou, výrokem projevuje svou nadřazenost ve společenství, které

Mnohdy jsme sami jazykově tak pokroucení, že už se nevyznáme v tom, co říkáme účelově a čemu opravdu věříme.

má vytváření pozitivních vztahů v popisu práce (parlament aj.).

- *Odpouštím vám.* Uplatňuje se zejména tam, kde útočník nemá co odpouštět, eventuálně by měl naopak o odpuštění poprosit, o čemž ovšem nemá ani páru.

- *Je mi vás líto.* Útočnickovi není líto nikoho, natož dotyčného, jímž hluboce pohrdá a rád by svým pohrdáním infikoval okolí.
- *Chápu, že za to nemůžete* (v zámлке: nejste dost inteligentní, vzdělaný atd.). Útočník nechápe vůbec nic, jinak by nemusel říkat, že chápe. Ve strachu z vlastní nedovzdělanosti napadá přehliženého slabocha.
- *Necítím se být na vaší* (pokleslé) *úrovni* (=obměna předchozího). Nutno pronášet s kultivovanou modulací hlasu, nosík zcela nepatrně vzhůru. Při menším vzrůstu lze útočnickovi doporučit, aby okolí oslovoval z pahorku či praktikáblu (v rovinatém Polabí).
- *Rozbíjíte naše společenství* (rodinu, koalici, stranu, církev, stát, EU). Dobrá možnost jak obvinít druhého z toho, co dělám (na rozdíl od něj) já sám.
- *Neumíte ani...* (mluvit česky, vybrat si vhodnou barvu ponožek, řádně vyslovovat). Používáno z nouze u obětí tak bezúhonných, že v jejich životopisu nelze najít záminku ke skandalizaci.

INTELEKTUÁLNÍ JAZYKOVÁ SEBEOBRAZA

Jazyk se používá i k sebeobraně. Zpravidla bodnutí útočnickovi nejen vrátíme, ale ještě kudlou v rance pootočíme. Příklady necht' si laskavý čtenář doplní sám, není o ně nouze. Podělím se jen o vzácné výjimky – odpovědi jedinců vybočujících z řady.

- Odborník napadený polovzdělanými fundamentalisty pozorně naslouchá a poklidně mlčí. Proč se neozvete? ptá se ho kolega. Odpověď: *S šumem v rádiu taky nediskutujete.*

- *Nejste tím, kým jste...* (např. otcem svých dětí, lékařem, inženýrem, profesorem, knězem). Rovněž nouzové, přesto však účinné řešení. Používá se tam, kde dotyčný tím oním nepochybně je, ale bude mu trapné bulvární obvinění vyvracet. A kus špíny na něm tak jako tak ulpí.
- *Potíte se, páchnete, prskáte, šmajdáte, šišláte, chrápete.* Fádni, vymyšlené prostoduchými lidmi bez fantazie. Petruška Šustrová zmiňuje tento způsob deptání jako oblíbenou metodu normalizačních vyšetřovatelů v Bartolomějské.
- *Jste mladý / jste starý.* Lze použít proti komukoliv, každý si připadá buď mladý, nebo starý (pokud zrovna nejde o *starou mladou*). V neškodné podobě to známe z rodinných vztahů. Halina Pawłowska baví společnost vyprávěním, jak ji maminka usazuje narážkami na její hypotetické mládí: „Vždyť ještě ani nemáš své vlastní klíče od bytu!“

- *Jste úplný...* (nadávky doplňte podle svého individuálního slovníku). Odpověď: *Nu, jistě můžete mít pravdu, ale co kdybychom se na problém podívali i z jiného úhlu?*
- Žadatel o příspěvek pro bezdomovce utrhá plivanec do oka. Odpověď: *Děkuji, to bylo pro mne, a nyní prosím ještě o příspěvek pro mé bezdomovce.*

A tím ukázkou inteligentní obrany uzavírám, neboť je dobré i ve výčtu ctít proporce výskytu.

JAZYKOVÁ ZBRAŇ V MINULOSTI A V SOUČASNOSTI

Z literatury víme, že *hedvábná slůvka* kanula z úst pochlebníků už ve středověku. Hluboké kořeny má v češtině i přezíravé přivítání *na půl slova*. A kdyby už někteří naši předkové neprahli *dostat se k slovu* hlava nehlava, nevstoupilo by toto rčení do slovníků. Na rozdíl od současnosti byla však kdysi frekventovanější rčení *dát někomu slovo* a *věřit něčemu jak slovu božímu*. Dnes spíš *pro slovo nechodíme daleko* a často *bereme za slovo* ty druhé.

Tradicí má u nás i výskyt žvanilů: *mlátí, mlátí, nikdy neobrátil*, popř. *mluví, aby mu huba nestála*, zkratka *umí dobře tlachem dělati*, neboť *má jazyk o poschodí výš než rozum* a *namluví toho za groš do putny*, zkratka *plkoce jako mladá vrána* nebo *kecá do lebedy*. Nouze

nebyla v naší historii ani o lháře: *dělá si z huby holínku*, *zapírá nos mezi očima*, *mluví pravdu, jen když se splete*, popř. *nelže, jen když spí*.

Náš jazyk tedy postonával odjakživa a jiskrou lidového rčení byl průběžně léčen. Je možné, že v každém období temna výskyt humoru řídil, nejčerstvější jazyková zranění však pocházejí z dob totality, tj. ze 70. a 80. let: zákazy, vyhrožování, urážky, strašení. Čteme-li dokumenty z té doby, zdá se, že se přirozený dialog moci a pravdy zúžil na dialog hloupé moci a pasivní obrany před vlastním strachem. Jazykovou jiskru v těch textech nenajdete. A ač žijeme ve svobodě, jazyk politického dialogu je minulým režimem kontaminován.

SLOVNÍ ŠELEST V KONTRAPUNKTU S HLASEM SRDCE

Pokud jde o techniku dialogu, doporučuje se trénink v naslouchání. Nikdo by během hovoru druhého člověka neměl přemýšlet o své odpovědi. Partnerovo sdělení by v sobě měl nechat doznít, a teprve pak začít rozvažovat. Nejde ale jen o techniku, nýbrž především o vztahy, jež se v ní odrážejí.

Místo teorie opět příběh. Mistr hovoří k žákovi: „Povím ti něco, co tě přivede k osvícení, ale jen pokud o tom neřekneš nikomu dalšímu.“ Žák hned běží za ostatními a všem o tom řekne. Ostatní čekají, že Mistr žáka za prozrazení

tajemství pokárá, ten však jen konstatuje, že jeho žák sám je Mistrem.

Jsme zase u slova a všech vrstev jeho významu, z nichž ta nejhlubší je patrně tou, od níž se jazyková kultura musí odvíjet. Kdybychom opustili jazykové kvaziargumentace a dehonestace, bulvár by možná přišel o čtenáře, ale psychologové by tím ještě nepřišli o klienty. Zdravé a životaschopné jazyky se rodí jen v kontrapunktu oboustranné jazykové kreativity a vzájemného jiskření, provázeného občas salvami smíchu. Cantus firmus byl patrně komponován pro srdce, které v tom orgánovém světě nemá náhradníka.

TAK UŽ VÍME, PROČ JE MATEŘSKÝ DOTYK ZDRAVÍ PROSPĚŠNÝ? (BY T.VASICH)

(A mother's touch: Study shows maternal stimuli can improve cognitive function, stress residence (<http://www.physorg.com/news192209628.html>))

[May 4, 2010](#) by Tom Vasich

(PhysOrg.com) – UCI dětská neuroložka Dr. Z. Tallie Baramová z University Irvine zjistila, že mateřská péče a poskytování dalších smyslových vjemů vyvolává aktivitu v rozvoji dětského mozku, která zlepšuje kognitivní funkce a vytváří odolnost vůči stresu.

U dítěte mateřský dotek poskytuje pocit bezpečí, pohodlí a lásku. Ale výzkum na UC Irvine zjistil, že umí mnohem více.

Dětská neuroložka Dr. Z. Tallie Baramová zjistila, že mazlení a poskytování dalších smyslových vjemů vyvolává aktivitu v rozvoji dětského mozku, která pak zlepšuje kognitivní funkce a vytváří odolnost vůči stresu. Tento objev přispěje k rozšíření vědomostí o epigenezi, studie o tom, jak faktory životního prostředí mohou přeprogramovat expresi genů.

Ve studii publikované letos v Journal of Neuroscience Baramová a její kolegové určili, jak smyslové podněty mateřské péče mohou měnit geny, které řídí hlavní posel stresu, kortikotropin-uvolňující

hormon (CRH). Dřívější práce Baramové pomohly odhalit, že nadměrné množství CRH v mozku při učení a nárocích na paměť vedlo k rozpadu dendritických výběžků, větvičkovitých struktur v neuronech. Dendritické trny usnadňují odesílání a přijímání zpráv mezi mozkovými buňkami, a tedy i shromažďování a uchovávání vzpomínek. „Komunikace mezi mozkovými buňkami je základem kognitivních procesů, jako je učení a paměť,“ říká Baramová, docentka neurologických věd. „U několika poruch mozku, kde učení a podobné myšlenkové procesy jsou abnormální, bylo zjištěno, že se snížila hustota těchto útvarů nebo jsou špatně vyvinuté.“

„Protože mozek dítěte je stále ještě ve výstavbě spojují v těchto oblastech komunikace, velké výbuchy nebo dlouhodobé množství stresu může trvale omezit celkový vývoj, čímž se zvyšuje riziko vzniku úzkosti, deprese a demence v pozdějším věku.“

(překl.VCh.)

RECENZE



CHVÁLA V.: AD IVAN ILICH NEMESIS MEDICÍNY (EMITOS)

Více než čtvrtstoletí po prvním vydání se dostává „*Nemesis medicíny*“ Ivana Ilicha do rukou také českých čtenářů. Lze předpokládat, že mnoho z nich bude pohoršeno, někteří v ní najdou naopak argumenty pro svůj odpor k institucionalizované medicíně, tak jak se to ostatně stalo všude tam, kde byla kniha vydána. Přitom si autor pouze klade otázku, která je stále tak aktuální: *Jak změnit zdravotní průmysl, aby sloužil více zdraví než sám sobě?* Odpověď není nijak povzbudivá. Už i my víme, že *pokusy o provádění politické kontroly produkce medicínské léčebné péče konzistentně selhávají. Důvodem je samotný charakter produktu, který se nazývá „medicína“, balíčku sestaveného z chemikálií, přístrojů, budov a*

specialistů doručeného klientům. Ale velikost tohoto balíčku určuje spíše dodavatel než klient nebo politický činitel. A my můžeme jen dodat: a občan-volič je rukojmím i obětí v tomto bezuzdném drancování veřejných zdrojů. Illich – jako odborník zcela jiné profese, historik a filosof, který se zabývá více tím, co technologie sdělují, než dělají – nabízí pozoruhodný pohled na nejrůznější pokusy moderní společnosti zbavit se jednoho z největších ekonomických břemen, a to stále stoupajících nákladů na zdravotnické systémy. Už proto by se měla tato kniha stát příručkou všech reformátorů, kteří se již přes dvacet let bezmocně snaží zlepšit také naše zdravotnictví. A po každém

pokusu o nápravu se diví, že se stav ještě zhoršil.

Co je naprosto unikátní na Illichově radikální kritice medicínsko-průmyslového komplexu a lékařské praxe, je fakt, že komplikovanou situaci si autor nezjednodušuje, nedává snadné návody na řešení, ale pokouší se zachytit celek do sebe navzájem zapletených požadavků jednotlivých účastníků obchodu se zdravím. Za viníky neoznačuje ani zdravotníky, ani jen podnikatele ve zdravotnictví, ani pouze dětinské chování pacientů. Všichni dohromady vytváříme cosi, co ničí celou společnost. Stejně tak jako v oblasti dopravy, bydlení nebo výživy odkrývá autor systémové síly, které za určitým stupněm rozvoje systému přecházejí do stavu kontraproduktivity a začínají více škodit než pomáhat. V těchto systémových silách odhaluje samotnou řeckou bohyni Nemesis, dceru bohyně noci (Nyktý) a boha temna (Ereba). Podle některých pověstí byla zrozena bez otce. Každopádně byla bohyní **odplaty**. Důsledně pronásledovala lidi, kteří se dopouštěli zpupných činů v zaslepení nenadálým štěstím, nebo boháče, kteří neobětovali bohům a neulehčovali chudobu svým spoluobčanům. Těm nedala pokoj a stíhala a trestala je tak dlouho, dokud nebyla spravedlnost naplněna. Její jméno je do dnešní doby symbolem „osudové msty“. Ztrátou vztahu k mýtům, doslova zbožštěním zdravotnické a ztrátou smyslu pro celek, nedostatkem úcty a respektu k životu i smrti jsme se podle Illiche provinili. A proto se nám Nemesis mstí. Taková externalizace problémů společnosti s medicínou je v odborném textu neobvyklá, umožňuje podívat se na temnou stránku pokroku novými očima. Podobně jako v narativní terapii usnadňuje externalizace oddělit symptom od nemocného ve prospěch

společného postupu proti devastující chorobě.

Čtvrtstoletí je pro odbornou literaturu v současnosti tak dlouhá doba, že se může zdát, že nakladatelství přichází s tímto kontroverzním textem pozdě, tak říkajíc s křížkem po funuse. Když však zvážíme, jaké zpoždění má česká společnost za západním světem, není vyloučeno, že kniha přichází právě včas. Toto zpoždění v medicíně nelze měřit stářím přístrojového parku, který byl naopak masivně obnoven v posledních dvaceti letech. Zpoždění se týká sociálních procesů, sebereflexe a etiky. Hlavní proud těchto změn nazval francouzský sociolog Gilles Lipovetsky změnou etiky povinnosti v etiku odpovědnosti, ke které začalo docházet v západní Evropě po druhé světové válce. Etika povinnosti byla spontánně definitivně opuštěna, když se ukázalo, že povinnost (k obci, k vlasti, k vůdci) neochrání člověka před strašlivým proviněním, tak jak se stalo většině Němců, když svůj osud odevzdali do rukou Vůdce. V zemích sovětského bloku se udržovala tato etika povinnosti vinou totalitní vlády bolševického typu až do pádu železné opony. Deziluze milionů přívrženců komunismu nebyla nepodobná deziluzi, kterou prožili Němci po pádu fašismu. Pro tento časový posun se nám dnes mohou některá prohlášení Ivana Illiche zdát až prorocká. Ve světle exodu našich lékařů do zemí, kde jim nabízejí násobně vyšší plat, budeme číst už snad bez pohoršení autorovo tvrzení, že *vyšší zastoupení lékařů v oblastech, kde je výskyt některých nemocí řidší, není nutně ještě důkazem toho, že medicína pomáhá tyto nemoci léčit. Svědčí to jen o tom, že lékaři se mohou více než jiní profesionálové pohybovat tak, jak se jim zlíbí, a že mají tendenci se shromažďovat v místech, kde je zdravé klima, čistá voda a kde jsou lidé*

zaměstnaní, a tak mohou platit jejich služby. Autorův důraz kladený na osvobození člověka z područí monopolu na léčení i ošetřování a posilování nezávislosti člověka na institucích naplňováním svých přirozených potřeb zase skvěle ilustruje právě vrcholící boj našich žen ve spolupráci s porodními asistentkami za větší svobodu rodiček při volbě prostředí, v němž porodí své dítě. V době, kdy tato kniha poprvé vyšla, u nás nebylo po podobných tendencích ještě ani památky.

Ostatně tomuto rebelskému textu Ivana Illicha připravili u nás půdu také již čeští autoři, kteří se pustili do podobné, snad Illichem ovlivněné kritiky medicinalizace lidského života. Ať už profesor biologie Stanislav Komárek ve svém „*Spasení těla*“, nebo lékař Jan Hnízdl ve své knize eseje „*Mým marodům*“, oba vtipně a věcně kritizují medicínsko-průmyslový komplex a varují před přílišnou důvěřivostí v moc medicínské vědy. Takže předpokládám, že kniha nemusí vzbudit zas tak velké pohoršení, když boří hluboko zakořeněné mýty o nepostradatelnosti medicíny, aby byl nakonec přehlédnut přínos toho podstatného, co kniha přináší. A dokonce tvrdí-li z dobrých důvodů autor této knihy, že *sociální iatrogenese se ujímá moci, když se zdravotní péče mění ve standardizované položky, ve zboží, když všichni nemocní musí být hospitalizováni a domovy přestávají být pohostinným místem, kde lze родit, trpět i umírat*, přichází do našich krajů právě včas. Možná že právě na kraji ekonomické krize, která může vést k zásadním změnám v celém zdravotnickém systému na počátku roku 2012, je toto hlas, který má být slyšen.

Ostatně pádné argumenty, jimiž dokládá Illich svá tvrzení o škodlivosti zdravotních systémů, jsou právě finanční. V sedmdesátých letech minulého století

začaly dramaticky narůstat náklady na zdravotnictví v USA, a tento růst se nezastavil. U nás začal až v polovině devadesátých let, a tak máme možnost na vlastní oči sledovat spirálu, kterou nenasytnost výrobců zdravotnické techniky, materiálů a dodavatelů léků roztáčí za vytrvalého korumpování celého zdravotnického managementu a lékařů samotných. O tom, že rukojmím v tomto boji o finanční zdroje jsou voliči, pochybuje po „úspěšné“ nátlakové akci „Děkujeme, odcházíme“ málokdo.

Většina přírodních kultur se má před šamany a léčiteli na pozoru, protože lidé věří, že když umí šaman nemoci léčit, umí je také přivolávat. Illichova kniha má možná podobnou funkci: varovat příliš důvěřivé obyvatele západního civilizačního okruhu, že úžasný technologický pokrok medicíny není bez rizika a že poškození hrozí mnohem častěji, než by si chtěli sami připustit.

Rétorika autora se může zdát nezdvořilá vůči všem těm anonymním „dělníkům v bílých pláštích“, obětavým lékařům, které jsem za svou lékařskou praxi poznal. Mnoho z nich, zvláště tady u nás v minulém režimu, pracovalo téměř zadarmo a bez odpočinku, a když jsme si chtěli říci o vyšší mzdu, vydírali nás hesly o povolání a poslání, o službě, ke které jsme se přihlásili a měli bychom ji trpělivě snášet. Věřím, že ve starších generacích našich lékařů bylo jen málo těch, kteří měli jako prioritu své práce finanční zisk. To ovšem neznamená, že zdravotnictví jako celek ve své zvrhlé podobě, jak ji popisuje Illich, nemá mocenské ambice a že není (spíše než službou) velmi lukrativním podnikem. Obávám se, že většina obyčejných lékařů jen nevědomky slouží zájmům nadnárodních firem podnikajících ve zdravotnictví, v každodenní vysilující práci, zaplavení požadavky nemocných a trpících, se snaží jen vyhovět stále

komplikovanějším normám, uniknout hrozbě soudních žalob v případech chybného postupu, a nemají čas zjišťovat, jaké jsou utajené cíle finančních skupin. Stačí se podívat na soukromé kliniky reprodukční medicíny nebo plastické chirurgie, chcete-li vidět, že medicína může být nestydatě lukrativním byznysem. Samozřejmě, stále bude více takových míst ve zdravotnickém systému, kde bude služba převažovat nad byznysem. Ale je tak těžké od sebe odlišit službu od kontroly, potřebnou péči od kšeftu, prevenci nemoci od vytváření závislosti člověka na systému. To by také mohl být důvod, proč většina lékařů nemusí souhlasit s Illichem, který, jak jsem již řekl, není lékař. Zrcadlo, které nám nastavuje, podává nepříjemný obraz nás samotných. Dotýká se nás, nutí nás obhajovat dobré úmysly lékařů a společnosti, nebo alespoň nás samotných. Možná by ale stačilo podívat se pod ruce managementu našich nemocnic, jak zacházejí s bohatými finančními prostředky z provizí, které jim poskytují firmy. Kdo vidí do toho, jak fungují lékové experimenty, kolik se v tom točí peněz a kdo si přitom ponechal kritické a nezávislé vidění, bude s Illichem souhlasit.

Proti této knize bude jistě vzneseno mnoho argumentů. Jeden z nich bude vážný a bude se zdát zásadní. Ve všech typech léčby je jedním z nejdůležitějších faktorů **důvěra**. Víra v to, že to se mnou lékař nebo šaman nebo léčitel myslí dobře, že mi neublíží. Tento faktor důvěry je tak podstatný, že stačí k úzdavě i v případě, že se léčebná technika (a to i chirurgická!) později ukáže jako neúčinná. Vědecká medicína se od takového placebo efektu léčby štítivě distancuje, ale je stále jasnější, že pro vyléčení pacienta je to často to jediné, čím disponujeme. Zpochybnění

všeho, jak může být také Illichův text chápán, může mít v první fázi destruktivní vliv na pacienty a jejich vztah k lékařům. Jenže toto znejistění tady už dávno je! Vzpomeňme jen na nedávnou aféru kolem očkování proti tzv. prasečí chřipce. Kolik prostředků v této hromadné preventivní akci bylo utraceno a jakou nedůvěru ve schopnost medicíny to vyvolalo. Podívejme se, jaké pochybnosti chovají lidé už dnes k očkování nebo k některým dalším standardním léčebným postupům. Jenže, podle mého názoru, nepomůže nic jiného, než se podívat pravdě do očí. Ano, tento lék, totiž Nemesis medicíny, je velmi hořký, ale takové už dobré léky bývají.

Kdybych neměl za sebou více než třicetiletou medicínskou praxi, třetinu jako porodník a více než dvě desetiletí jako sexuolog a rodinný terapeut zabývající se především psychosomatickými pacienty, možná bych četl Illichovu „*Nemesis medicíny*“ jinak. Jenže tato moje zkušenost s pacienty, se zdravotnickým systémem, který se doslova zuřivě brání individualizované psychoterapeuticky poučené psychosomatické léčbě navzdory tomu, že stále přibývá chronických pacientů, kde jsou psycho-sociální aspekty nemoci stejně důležité, ne-li důležitější než biologická a laboratorní fakta, jen potvrzuje většinu toho, co píše Ivan Illich v této knize. Zdravotnictví České republiky v porovnání se spolkovými zeměmi Německa, našimi sousedy, je nikoliv výjimkou, nýbrž doslovnou ilustrací tohoto textu o vztahu medicíny a společnosti ve všech ohledech.

U nás se stále ještě vede diskuse o tom, zda má být psychologie, a hlavně pak psychoterapie vůbec zahrnuta do oblasti medicínských služeb. Když odborníci na psychosomatickou problematiku ukazují ostatním specialistům, jak se kompliko-

vané životní situace podílejí na vytváření a udržování nemoci, mnohé lékaře napadá, že by pak ale tito nemocní neměli být léčeni z peněz zdravotního pojištění. Úzce specializovaní lékaři mají totiž dojem, že to jsou nějaké jiné, snad nepravé nemoci. Ve skutečnosti se však jen snaží přehodit tento stále narůstající problém přes hranice medicíny nějakému jinému, snad sociálně orientovanému systému, nebo psychoterapeutům mimo medicínu, jak na to důrazně upozorňuje Illich. Nevýhoda takového řešení je zřejmá: bude-li psychosomatická medicína a psychoterapie vyloučena z ranku medicínských služeb, přestane mít přímý vliv na samotné lékaře, na jejich myšlení, a jen obtížně může pak dojít k proměně samotné medicíny zevnitř, k její sebereflexi. Tu ostatně Illich ani neočekává, předpokládá, že změna může přijít jedině po zhroucení předimenzovaného kolosu, chybně – totiž jen biologicky – orientované a nereflektované medicíny.

Řešení navržená Illichem před více než čtvrtstoletím se mohou jevit jako naivní a romantická. Předpokládá nikoliv nějakou další chytrou reformu uvnitř zdravotnického systému, ale reformu

celé společnosti. Nikoliv jen kvůli medicíně, ale také v ostatních oblastech našeho života – v bydlení, dopravě nebo výživě. Změnu vidí v možnosti větší svobody každého jednotlivého člověka, ve větší zralosti a sebedůvěře každého z nás. Nejde o nic menšího než o proměnu stádního způsobu existence člověka řízeného elitami v autonomní decentralizovanou občanskou společnost, která by měla stát proti tlaku nadnárodních finančních skupin a velkých průmyslových korporací. Vývoj společnosti od prvního vydání této knihy šel rozhodně spíše opačným směrem. Korporace nabyly ještě větší moci, globalizace se prosazuje stále rychlejším tempem. To však nemusí znamenat, že neměl Ivan Illich pravdu ve svém odhalení „Nemesis“. Ty předpovědi vývoje, které se již naplnily nebo právě naplňují, v nás mohou vzbudit naději, že krize, kterou celá západní kultura prochází, může mít nějaký pozitivní smysl. Už proto má cenu tuto knihu znovu číst v novém kontextu naší doby.

MUDr. Vladislav Chvála, 28. 1. 2012

(Předmluva k českému vydání)

2X NAD STEJNOU KNIHOU: RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A.: LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ, GRADA 2011

1) ŠÁRKA GJURIČOVÁ

„Aplikace poznatků psychologie je předpokladem pro úspěšný výkon lékařského povolání“: výrok autorek není pro čtenáře Psychosomu překvapivý, dialog s překvapivými podobami somatických, psychických a sociálních problémů je každodenní praxí a nese s sebou také spolupráci s dalšími odborníky, lékaři i nelékaři. Jak celostní pojetí nemoci, tak také týmová spolupráce odborníků, kteří se na léčení pacientů podílejí, znamená využívání poznatků psychologie.

Autorky knížky jsou klinické psychologičky a kognitivně behaviorální terapeutky, pracující ve vedoucích pozicích Oddělení klinické psychologie dvou pražských nemocnic Fakultní nemocnice v Praze-Motole (PhDr. Raudenská, Ph.D.) a ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (PhDr. Javůrková, Ph.D.); o aplikaci psychologie v různých oborech lékařství mají přehled.

Knížka má tři části. Obecná část je rozdělena do čtyř kapitol. První uvádí do základních pojmů celostní péče o pacienta, druhá, jejíž autorkou je převážně Jaroslava Raudenská, výrazně využívá psychoterapeutický kognitivně behaviorální přístup, všímá si chování a možností jeho změny. Třetí kapitola je věnována psychologickému přístupu k nemocnému, užitečná je například analýza podob vztahu lékaře a pacienta. Kapitola o etických aspektech lékařské profese přináší mimo jiné užitečné etické desatero, všímá si etických otázek při péči o umírající, o

pacienty s chronickou bolestí; dobře zpracovaná je část, věnovaná syndromu vyhoření.

Speciální část se zabývá aplikací lékařské psychologie ve vybraných třech oblastech klinické medicíny. Dobře zpracovaná je část věnovaná chronické bolesti, seznámí čtenáře s biopsychosociálním modelem bolesti a stručně i s možnostmi psychosociální intervence. Jak v případě bolesti, tak v dalších dvou oblastech, onkologii a dermatologii, bývá častá komorbidita s psychiatrickým onemocněním. Vybrané oblasti medicíny jsou zvláště zajímavé z celostního hlediska, autorky mají vedle dobré znalosti literatury také vlastní odbornou zkušenost s terapií nemocných a mohou nabídnout i zajímavé kazuistické ukázky. V rámci kapitoly zaměřené na onkologii jsou zpracovány závažné otázky – terminální onemocnění, umírání a smrt – jejichž psychologickým aspektům psychiatrii potřebují rozumět.

Kožní onemocnění jsou pro pochopení složitých biopsychosociálních vztahů příkladem par excellence. Kůže je orgán, jímž se kontaktujeme se světem, fyzickým i sociálním, má zásadní vztahové a intimní aspekty. Chronické nemoci kůže mají na osobní prožívání výrazný vliv, někdy mohou mít význam sociálního stigma; nemocní se často dostávají do sociální izolace, vzniká riziko invalidního důchodu. Vztah je ovšem rekurzivní, prožívání a význam nemoci ovlivňuje její průběh jak ve smyslu zlepšení, tak i zhoršení.

Poslední kratší část knížky se zaměřuje na aplikaci lékařské psychologie v multidisciplinárním týmu; k týmu různých profesí psychiatři obvykle patří. Kapitoly uzavírají česko-anglické slovníky odborných pojmů; pro anglofonní čtenáře to může vést v užitečném propojení a pro studenty oboru mohou být užitečné kontrolní otázky.

Práce přináší současné teoretické poznatky o lékařské psychologii a zajímavé ukázky její aplikace, zkušenosti z vlastní praxe autorek a také praktická cvičení. Biopsychosociální porozumění zdraví a nemoci a možnosti pomoci lidem s dlouhodobým onemocněním je zprostředkováno srozumitelně, zajímavě a bez nepatřičného zjednodušování.

Přístup autorek je ovlivněn jejich vzděláním v KBT, zájemci o tento směr najdou dost inspirace. I když v této knížce o detailní seznámení s psychotherapeutickými směry nejde, mnozí by uvítali ucelenější přehled relevantních směrů a jejich možného přínosu, především prezentaci systemického přístupu, který může celostnímu pojetí zdraví a nemoci i koncepci mezioborové spolupráce dost nabídnout.

Celostní medicína je otevřena pluralitě přístupů. Tato práce nabízí velmi potřebnou orientaci mladým praktikům a možný úhel pohledu a inspiraci zkušeným.

PhDr. Šárka Gjuričová

V Praze dne 20. 12. 2012

2) JIŘÍ ŠÍPEK

Dvě klinické psycholožky, Jaroslava Raudenská a Alena Javůrková, vydaly v nakladatelství GRADA společně knihu s názvem *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Na zadní straně přebalu je uvedeno, že kniha je určena především lékařům a medikům. Je jistě zbytečné nějak zvláště zdůrazňovat, jak hodně je psychologie ve zdravotnictví třeba. Všichni to známe z vlastní patientské zkušenosti – vždyť jde o naše zdraví a další kvalitu života; jak tedy doslova neviset na rtech lékaře, zdravotní sestry, jak nebyť až nadměrně vnímavý, jestli si nás dostatečně všímají, jestli lékař nezůstane sedět a bude jen sledovat počítač, jestli vstane a podá nám ruku, usměje se a bude se zajímat o nás jako člověka, a nejen jako o objekt. O zdravotních sestřičkách to platí naprosto stejně... Už jen proto je každá psychologická edukace ve zdravotnictví potřebná a vítaná.

Autorky pochopitelně nezůstávají u nějakých obecně proklamativních (byť eticky podložených) postojů. Pod supervizí okem nejvýše kvalifikovaných recenzentů (prof. MUDr. Ján Praško a doc. PhDr. Jana Kocourková) sestavily publikaci z řady jednotlivých kapitol, z nichž každá je ucelená, srozumitelně členěná a zakončená shrnutím, závěrem, česko-anglickým slovníčkem pojmů, kontrolními otázkami (ano, kniha je zamýšlena i jako učební text!) a bohatým seznamem relevantní literatury. Tuto strukturu má i úvod práce!

Podívejme se ale na obsah práce. Jde o devět kapitol rozdělených do tří částí knihy. První část je obecná (a také je tak nazvána). Již její první kapitola „Celostní péče o pacienta“ vytyčuje zásadní způsob uvažování. Autorky procházejí složitostmi vztahu psychiky a těla, vzájemnou podmíněnost těchto složek naší celistvosti, definují základní

zúčastněné disciplíny, přibližují uvažování v psychosociálním a biopsychosociálním modelu atd. Čtenář si tak může uvědomit, že moderní medicína se ocitá ve dvojí zvláštní pozici: na jedné straně jsme svědky vydělování dílčích oborů a specializací (a s přibývajícimi poznatky a technickou oporou to vlastně ani jinak nejde), na straně druhé je medicína tlačena k syntetickému, komplexnímu uvažování nad vznikem nemocí a jejich terapií, nad posilováním zdraví v jeho biologickém, psychologickém i sociálním chápání. Člověk nebývá nemocen jaksi „v celku“; některé orgány, funkce, schopnosti a dovednosti jsou mnohdy zablokované, tak či onak postižené, ale souběžně je zde řada dalších oblastí života, které jsou v normě a jejichž rozvoj může být podstatný pro kvalitu života daného člověka. Druhá kapitola je značně hlubokou sondou do souvislostí vnějšího i vnitřního chování s celou pestrá škálou kognitivních procesů. A jestliže si moderní medicína chce stále více všimnout toho, jak člověk žije a jak jeho způsob života souvisí se zdravím (resp. s nemocí), je právě tento behaviorální pohled zcela zásadní. Autorky zde navíc využívají svoji zkušenost v oblasti kognitivně behaviorální terapie. Z obecné části knihy ještě alespoň upozorním na kvalitně zpracovanou kapitolu o etice lékařské (a dodejme každé zdravotnické)

profese, o nebezpečí syndromu vyhoření apod. Druhá část knihy se již zaměřuje na vybrané oblasti klinické medicíny, konkrétně na otázky bolesti a dále na onkologická a dermatologická onemocnění. A rozumějme: vždy jsou probírané složité vztahy biopsychosociální.

Poslední část knihy autorky nazvaly „Aplikace lékařské psychologie v multidisciplinárním pojetí léčby“. Stručně řečeno je zde probírán celý zdravotnický tým, jeho složení a spolupráce v zájmu co nejkompaktnější a nejefektivnější intervence.

Čtenář této recenze jistě pochopí, že hlubší záběr by v tuto chvíli již nastíněný obraz spíše komplikoval. Celkově lze knize jen popřát, aby našla přemýšlivé čtenáře, kterým má věru hodně co říci, a aby jim pomáhala v rozvoji dostatečně širokého, ale stále disciplinovaného myšlení, jak by to snad vyjádřil slavný lékař Eugen Bleuler.

Na závěr však ještě jedna poznámka: Přes veškerou snahu obou autorek se nelze domnívat, že by kniha, byť sebepovedenější, mohla nahradit dlouhodobé a systematické trénování takového komplexního myšlení pod dohledem zkušených a moudrých učitelů. A jedině v této kombinaci kniha splní svůj účel.

4. 12. 2011

Doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.

AKCE, AKTUALITY



DEN RODINNÉ TERAPIE 17.4.: RODINNÁ TERAPIE A PSYCHOSOMATIKA. LÉKAŘSKÝ DŮM PRAHA 9:00-15:30

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Úvod: MÍSTO RODINNÉ TERAPIE V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ | 9:00-9:15 |
| 2. PhDr. Ludmila Trapková, MUDr. Vladislav Chvála (SKT Liberec):
▪ INDIKACE K RODINNÉ TERAPII U PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH | 9:15-10:00 |
| 3. MUDr. Jan Krabec (ordinace psychiatrie Jičín):
▪ VYUŽITÍ PRINCIPŮ RODINNÉ TERAPIE V RUTINNÍ PSYCHIATRICKÉ PRAXI | 10:00-10:30 |
| 4. MÍSTO RODINNÉ TERAPIE NA NAŠICH PRACOVÍŠTÍCH (panel):
MUDr. Iva Vindušková, MUDr. Ivanovský (ISIDA, Česká Lípa); PhDr. Milan Stibůrek, Psychosomatická klinika Praha, PhDr. Lucie Hornová, Oddělení klinické psychologie Nemocnice v Rychnově n.K., MUDr. Jan Krabec, Jičín, MUDr. Martin Konečný... | 10:45-12:15 |
| 5. PhDr. Kateřina Divišová: (Neurologická klinika, Praha TNK)
▪ PROVÁZENÍ SEPARACÍ A SNIŽOVÁNÍM ANTIEPILEPTIK | 13:00-13:30 |
| 6. MUDr. Martin Konečný (psychiatrická ordinace Příbram):
▪ KAZUISTIKA: SOMATIZACE PO ÚMRTÍ MATKY BEZ POHRĚBU | 13:30-14:00 |
| 7. PhDr. Blanka Pözllová (Ord. klinické psychologie Pardubice):
▪ PONĚKUD NETYPICKÁ SPOLUPRÁCE ANEB STÁLE HLEDÁME CESTU (příběh MA) | 14:00-14:30 |
| 8. MUDr. Iva Vindušková, MUDr. Michal Ivanovský (Česká Lípa):
▪ VYUŽITÍ RODINNÉ TERAPIE V PROCESU LÉČBY NA DENNÍM STACIONÁŘI PRO PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V ČESKÉ LÍPĚ | 14:30-15:00 |

Moderují V.Chvála a L.Trapková

OTEVŘENÝ SEMINÁŘ PRO RODINNÉ TERAPEUTY

Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny (www.lirtaps.cz) nabízí také v roce 2012 **otevřený seminář** pro kolegy, kteří pracují s rodinami. Zveme zvláště absolventy a frekventanty akreditovaných tréninkových programů v rodinné terapii, případně kurzů rodinného poradenství. Účelem a smyslem semináře je kultivovat rodinně terapeutické myšlení a propojovat zástupce všech institutů rodinné terapie na našem území. Účastníci povedou diskusi nad předem vyžádanou kazuistikou.

Seminář se koná pravidelně na půdě Prevcentra, o.s., Meziškolská 2, Praha 6 (www.prevcentrum.cz) jednou za dva měsíce, vždy poslední čtvrtek v měsíci v 17.30 – 20.30 hodin.

Účastnit se můžete jak celého cyklu, tak jednotlivých setkání. Poplatek 250 Kč bude vybírán na místě.

Termíny seminářů v roce 2012: 26.1.2012; **29.3.2012**; 29.3.2012; 24.5.2012; 27.9.2012; 29.11.2012

MASNER O.: ZPRÁVA O VÝPRAVĚ SDRUŽENÍ DO GÖRLITZ NA PSYCHOSOMATICKOU KLINIKU 20. 1. 2012

Sdružení pro psychosomatiku konalo v polovině ledna jednodenní exkurzi na Psychosomatickou kliniku v německém Görlitz. S primářem kliniky Dr. Rothem bylo dohodnuto, že se prohlídka a výklad bude konat v angličtině, aby byl okruh zájemců co nejširší. Nakonec nás vyrazilo 20 účastníků z celé republiky, čímž byl naplněn stanovený maximální počet.

I přes nepříznivé povětrnostní podmínky jsme dorazili na kliniku již půl hodiny před smlouvanou desátou hodinou, čímž jsme na malou chvíli zaskočili personál kliniky. Ale rychle se našel vhodný prostor, kde jsme mohli vyčkat začátku přednášky a čas jsme využili k vzájemnému představení se, nutné Eministrativě a všeobecnému občerstvení po delší cestě.

V deset hodin nás pozval Dr. Rothe do největší terapeutické místnosti a začal anglicky vykládat o vývoji a současném postavení psychosomatiky v Německu, o její pozici a vztahu vůči psychiatrii a o jejich rozdílných výchozích pozicích. Dále nám představil svou kliniku, jaké mají pacienty, kolik mají lůžek, kolik lidí v denním stacionáři, kolik personálu a jaké profese jsou zastoupeny. Referoval nám o tom, jak klinika začínala, jaké je její postavení v rámci celé kliniky a jak vypadá spolupráce s jinými obory. Během přednášky reagoval opakovaně a velmi ochotně na četné dotazy, aby upřesnil svůj výklad či názor.

Kolem poledne nás pozval na malé občerstvení, během kterého se účastníci živě bavili o právě slyšeném. Pak následovala prohlídka celé kliniky, která

čítá 25 lůžek, četné terapeutické a skupinové prostory, sesternu a jídelnu. Ukázal nám systém dokumentace, který je veden dle klasického medicínského modelu. Po ukončení prohlídky nám ještě uvedl dva krátké příklady ambulantních vyšetření, které vedl ten samý den dopoledne. Šlo o mladou pacientku s nevysvětlitelnými exantémy (vyrážkou) na rukou a paní s akutním tinnitem (šelestem v uších), který začal, když se starala během své dovolené o svou silně dementní matku. Na obou krátkých kazuistikách byl dobře patrný psychosociálně zaměřený přístup, který se zajímal o úplně jiná fakta a souvislosti, než by tomu bylo při psychiatrickém či internistickém vyšetření.

Nakonec nám pan Dr. Rothe ještě ukázal (na tabuli s fotkami) svůj tým a zdůraznil důležitost četných týmových porad

KOMENTÁŘE A REFLEXE ÚČASTNÍKŮ NÁVŠTĚVY:

„Mně se výlet líbil, zajímavé bylo pro mě všechno, od organizace v Německu, spolupráci s psychiatrií v Görlitz, přes barák, čísla, konkrétní práci, jak to dělají, až po to, že si nás Rothe považoval, a opravdu se snažil nám to celé přiblížit a zprostředkovat.“

MUDr. Ivan Vondřich, Pain s. r. o., Praha

„Milí přátelé psychosomatiky,

výlet na kliniku byl pro mě velmi podnětný. Zajímavé byly informace o historii psychosomatiky v Německu, kdy Dr. Rothe vyzdvihl to, že psychosomatika začínala prakticky na koleně v Heidelbergu díky několika nadšencům a z tohoto krystalizačního centra se až později rozšířila po celé SRN. Což je jistě důležitá poznámka pro prosazování psychosomatiky u nás. V SRN hrály při etablování psychoso-

(minimálně 3× týdně), během nichž se vyměňují informace o pacientovi z různých skupin či situací. Tímto se integrují různé postřehy a zkušenosti s pacientem a týmově se vytváří další terapeutický postup u každého pacienta individuálně.

Celá návštěva byla velmi intenzivním zážitkem v jiném světě, kde psychosomatické myšlení a intervence jsou samozřejmou součástí diagnostického i terapeutického procesu. Pro zájemce o psychosomatický přístup v Německu má sdružení možnost zorganizovat bezplatně týdenní stáže na dvou psychosomatických klinikách. Předpoklad je dostatečná znalost německého jazyka. Při dotazech se obraťte na info@sp-ps.eu.

Za sdružení

MUDr. Ondřej Masner

matiky pravděpodobně roli i peníze, které přesvědčily ministerstvo zdravotnictví, že když pošlou pacienta na psychosomatickou rehabilitační kliniku a zaplatí za něho 1 euro, ušetří tak státní kase 3 eura na vyplácení invalidního důchodu.

Mně při setkání osobně chybělo to, že jsme se vzájemně nepředstavili a že závěrečná společná diskuse vyšuměla naprázdno. Možná je to tím, že jsem ženská a tím pádem zvědavá. Ale mě opravdu zajímalo, co si ostatní o systému psychosomatiky v SRN myslí a zda by některé části bylo možné aplikovat i u nás, popř. zda už u nás existují. Ale třeba se to dozvím od některých z vás jindy.“

MUDr. Andrea Fišnarová, Německo

„Návštěva kliniky mě podpořila v mojí cestě, obsahově je to hodně podobné. Je úžasné, že to u nich běží.“

MUDr. Iva Vindušková, Česká Lípa

„Dodnes ve mně přetrvává slavnostní pocit z té exkurze. Já jsem tam už s tím pocitem mimořádné události jela. A exkurze jenom potvrdila moje očekávání, ale také upozornila na leccos dalšího. Jak je možné, když už je konečně možná léčba člověka jako subjektu, aby pojišťovna schválila jenom určité typy psychoterapií jako přípustné k léčbě? Objektivistický stereotyp přístupu k psychosomatice, který má svůj důvod v somatické medicíně, kde to nemůže být jinak, hrozí i v Görlitz; a to jsou dál než my. Internistická a další vyšetření ze své podstaty přistupují k člověku jako objektu; tak to bylo dosud a v tomto ohledu to zůstane i dál, protože kauzalita somatiky imponuje jako primární ve zdravotnickém systému. Ale stále musí být psychoterapie připravena nejenom použít vše, co ví, ale hlavně být otevřená i vůči tomu, co neví – náhodě – a neuzavírat si cestu schválenými postupy, jako by někdo věděl dopředu, co dělat s lidskou transcendencí. To ale nikdo v dějinách nevěděl (kromě náboženství) a je otázka, zda to vůbec je možné vědět, když už i neurologie ví, že vědomí je disperzní

funkce. Generalizující otázka: – Tak jak léčíte úzkost? Zaprvé, zadruhé, zatřetí? – je somatická. To je úplně jiná ontologie. To je sice možné chtít, ale je to návrat k období před psychosomatikou s tendencí chtít na ni uplatnit somatický přístup. V případě např. disociace by to byla katastrofa, jak to máme možnost vidat z přebujelých nákladných vyšetření. S tím je také spojená otázka komunikace s dalšími odbornostmi. V tomto smyslu má „zbytečné“ obtíže i klinika v Görlitz. Ale nemuselo by tomu tak být. Protože s užitím psychoterapie neobsahuje dekurz jen výsledky různých vyšetření a operací, ale také životní příběh a aktuální transcendentální proces osobnosti. Jenom je třeba se nebát a popsat ho přirozeným jazykem. A ten vítají lékaři všech odborností. Srdečně za exkurzi naší Společnosti pro psychosomatiku děkuji.“

PhDr. Eva Pávková, IKEM, Praha

ZÁKLADNÍ INFORMACE O „KONFERENCI V ČESKÉM RÁJI“ SEDMIHORKY 20. – 22. DUBNA 2012

Konference v Českém ráji se uskuteční již tradičně v atraktivní lokalitě přímo v srdci Českého ráje v Lázních Sedmihorky – asi 5 km od Turnova po silnici R 35 směrem na Jičín, odbočka Sedmihorky.

Konference (letos 6. ročník) tak navazuje na úspěšné akce v minulých letech, ale i na tradici odborných seminářů, pořádaných ve Velkých Losinách a v Jeseníku ve snaze rozšířit tak celostní pohled na diagnostiku a terapii. Trvá snaha zařazovat méně přednášek a dávat tak přednášejícím větší časový prostor včetně diskuse. Tato odborná akce nebude pořádána s podporou České lékařské akupunkturistické společnosti, a není tudíž oceněna kredity. Snad se podaří díky příslibu sponzorů ještě zachovat původní ceny za registraci i za raut bez navýšení.

- Ubytování je zajištěno v lázeňském komplexu v hotelu Lázně Sedmihorky, v pokojích STANDARD s TV, vlastním sociálním zařízením a telefonem. K dispozici jsou dvou-, tří- a čtyřlůžkové pokoje (pro 101 osob). Cena za ubytování je včetně snídaně 630,- Kč/osobu/noc při obsazeném dvoulůžkovém pokoji. Pokoje TOUR jsou v ceně 160,- Kč/osobu/noc, ale bez snídaně, kterou je však možno dokoupit. V případě většího počtu zájemců je další možnost ubytování v hotelu Zámek Hrubá Skála (pro 89 osob), které je podstatně atraktivnější lokalitou s výhledem na hrad Trosky a Český ráj. K dispozici jsou dvou, tří a čtyřlůžkové pokoje v kategorii LUX nebo TOUR. Ceny odpovídají i vysokému standardu za ubytování. Můžete zvolit k ubytování i tuto variantu.
- Stravování: v pátek 20. 4. po příjezdu možnost oběda v Podzámecké krčmě dle vlastního výběru. Večeře od 20 hodin formou společného slavnostního rautu (normal i pro

vegetariány) za cenu 600,- Kč. Oběd v sobotu 21. 4. bude z výběru 2 až 3 jídel. Večeře v sobotu bude zajištěna v restauraci na bowlingu (asi 800 m vzdálené), kde bude také možnost sportovního využití bowlingové dráhy. V průběhu konference bude v přestávkách k dispozici občerstvení, včetně kávy, čaje a vody. Po celou dobu konference je v areálu otevřena Podzámecká krčma.

- Společenský večer s rautem proběhne v pátek 20. 4. od 20 hodin. Během večera hraje jazzová hudba k poslechu i tanci – Swing Combo Turnov.
- Sobotní bowling se uskuteční od 19 hodin – informace u prezence a na webových stránkách.
- Parkování v areálu za 80,- Kč/den. Možnost přítomnosti psa za 100,- Kč/den.
- Lázeňské procedury budou v případě zájmu k dispozici po celou dobu konference.

Platby: za ubytování, stravování a parkovné bude vystaven daňový doklad přímo v hotelu Lázně Sedmihorky při platbě v hotovosti. Platební karty nejsou akceptovány! Bowling – úhrada na místě při prezenci. Platba za raut ve výši 600,- Kč bude hrazena bezhotovostně spolu s registračním poplatkem. Registrační poplatek bude bezhotovostně uhrazen předem ve výši 800,- Kč za osobu. Společnou platbu za registraci a raut proveďte na účet KB Semily 19-1264600207/0100 nejpozději do 16. 3. 2012 – VS – prvních šest číslic rodného čísla účastníka, uvedených na přihlášce.

Doprovodný program: možnost turistiky nebo procházek v Českém ráji.

Veškeré přihlášky k účasti (registrace), ale i ubytování a stravování pošlete mailem nejpozději do 16. března 2012 na adresu: mirhol@netair.cz nebo mirhol@iol.cz.

Možno využít i poštu : MUDr. Miroslav Holub, Rehabilitační centrum, U potoka 76, 513 01 – SEMILY.

Informujte prosím případné další zájemce o tuto odbornou akci a předejte jim tyto informace. Pokud chcete na tyto akce posílat pozvánky a v letošním roce se nemůžete zúčastnit, oznamte mi prosím tuto skutečnost. Děkuji.

Bližší informace o ubytování, stravování, možnostech lázeňských procedur a o navštívené lokalitě na www.sedmihorky.cz. Pro zájemce o ubytování v hotelu Zámek Hrubá Skála na www.hrubaskala.cz. Pro zájemce o sobotní bowling je k dispozici adresa www.bowlingsedmihorky.cz, včetně jídelního lístku. Informace o vlastní konferenci, programu a aktuálních změnách hledejte na www.mirhol.cz. Na této adrese je možné stáhnout přihlášky, informace i aktualizovaný program konference.

Těšíme se na setkání s vámi v Českém ráji!

NABÍDKY

PROGRAM INTENZIVNÍ PSYCHOTERAPIE V DENNÍM STACIONÁŘI

Vážení kolegové,

dovolujeme si Vám opět nabídnout program intenzivní psychoterapie v denním stacionáři, který je určen pro klienty s neurotickými a psychosomatickými potížemi. Program bude zahájen 17. dubna 2012, bude trvat do 8. června 2012 a bude probíhat denně kromě pondělí od 9.00 do 15.00 hodin.

Terapeutická práce zahrnuje verbální postupy zaměřené na získání vhledu do motivačního pozadí potíží klienta a je orientována rovněž na práci s tělesnými symptomy, která je podstatná pro komplexní terapii psychosomatických poruch. Vlastní terapeutický program je tvořen dynamicky orientovanými skupinami až pro 9 klientů. Na tělo orientované postupy zahrnují fyzioterapii, bioenergetická cvičení, terapii jógou, postupy práce s tělesným napětím formou relaxačních technik a tělesným prožíváním technikou focusing a dále arteterapeutické a neverbální postupy. Terapii zaměřené na tělo, relaxačním technikám, fyzikální terapii a léčebným procedurám bude věnováno více prostoru.

Před zahájením stacionáře proběhne vstupní vyšetření lékařem (pokud bude nutné například vystavit neschopenku na dobu trvání stacionáře) a případně 1 – 2 individuální setkání s terapeuty denního stacionáře.

Kontaktovat nás můžete na telefonním čísle 233 351 741, 731 620 200, případně e-mailem: stacionar@psychosomatika.cz nebo hazi@psychosomatika.cz,

Program je hrazen zdravotními pojišťovnami 111, 201, 211, 205, 217, 209. Informace pro klienty je v příloze.

Těšíme se na spolupráci s Vámi.

J.Kabát

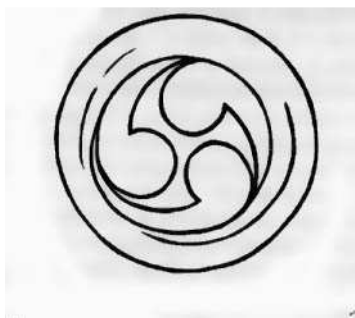


PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA s.r.o.
Praha 6, Patočkova 712/3, PSČ 16900
IČO: 26774569
Tel: 233 351 741
e-mail : klinika@psychosomatika.cz

VLADIMÍR DVOŘÁČEK: CESTY DUŠE

Seminář péče o duši, Botanická 50, 602 00 Brno

tel. 541218409



NABÍDKA SEMINÁŘŮ

PSYCHOLOGIE KAŽDODENNOSTI 2012

Semináře jsou empiricky zaměřeny. Kurzy se zabývají radostmi a strastmi každodenního života, vycházejí z životních zkušeností účastníků. Zaměřují se na rozšíření a obohacení o nové dovednosti při zvládnání zátěžových či stresujících požadavků a problémů. Jednotlivé „dílny“ se v různém rozsahu soustředí na čtyři základní okruhy:

- Tělo, já a sen: tělová zkušenost, imaginace, intenzivní dýchání.
- Já a ty, ty a já: rozhovor, partnerství, vzájemnost, konflikt polarit.
- Já v rodině: rodiče a děti, vícegenerační rodina, osudové souvislosti.
- Já, ty a rodina ve světě a společnosti. Životní příběh a úděl.

TĚLOVÁ ZKUŠENOST A PRÁCE SE SNEM.

Seznámení s pojetím: vrozené a osobní tělo, fyzické tělo a snové tělo. Soustředíme se na polaritu: sen a běžné vědomí, problémy osobní a vztahové, rodinné a skupinové. Věnujeme se především kritickým situacím a vztahům v partnerství, středního věku a stáří, chronické únavě, smutku, dlouhodobější bezradnosti, úspěchu a pádu. Životní obtíže se mohou proměnit v symptomy. Základní otázka: „Čím byl příznak, než se stal příznakem?“ Práce se symptomy i sny je čtyřfázová:

1. Příprava, 2. Inkubace, 3. Osvícení, 4. Ověřování. Seminář nabídne i balíček první pomoci pro zvládnání stresu.

Termín: 23. - 25. 3. 2012

Kód: 121

TĚLOVÁ ZKUŠENOST A PRÁCE SE SNY II, AKTIVNÍ IMAGINACE.

Seminář hlouběji propracovává souvislosti mezi tělem, snem a reálnými vztahy (rodina, přátelé, zaměstnání), ale také s psychosomatickými obtížemi či s procesy utvářejícími tělo. Práce se snem navazuje na čtyřetapovou strategii z jara, ale bude doplněna o skupinové konstelace snových postav. Rozšíření se týká i aktivní imaginace, „focusing“ a bdělého snění. Doplnková témata: opakující se sny, sen a cesta životem, destruktivní a pozitivní emoce ve snech.

Termín: 19. – 21. 10. 2012

Kód: 122

ROZHOVOR.

Způsob, jakým vedeme rozhovor, jak klademe otázky či jak odpovídáme, rozhoduje o výsledku jednání. Existuje nesčetné množství knih, příruček a kurzů, které se mezilidské komunikaci věnují. Nabízené setkání vás seznámí s tzv. „**sokratovskou rozmluvou**“, která rozpouští to, „co je spojeno nebo sevřeno příliš pevně“ a zkapalňuje „naše otázky, závěry a úmysly.“ Vytváří nový proud, jiné možnosti pohledu na aktuální, resp. minulé či chronické nesnáze a problémy. Pozornost je věnována nejenom významové stránce rozhovoru, ale především tomu, že jeho prostřednictvím působíme i ovlivňujeme a současně jsme ovlivňováni. Pojednáme o hovorových schématech, úloze předsudků, metaforických obrátů a osobitého výraziva v rozmluvě.

Termín: 25. – 27. 5. 2012

Kód: 123

ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH. PŘÍBĚHY RODIN, VZTAHŮ, NEMOCÍ A KARIÉR.

Rekonstrukce životního příběhu se týká osobitosti životní cesty. Souvisí s prolínáním individuálního osudu s rodovými a rodinnými charakteristikami, s jeho spjatostí se světem a dobou, ve které jste žil/a a žijete. Vychází se z: osobní biografie; dlouhodobého sledování snů; událostí, které měly pro člověka zásadní význam. Pátrá se po zřetězení vnitřních a vnějších změn s událostmi rodinnými, osudovými, společenskými a světovými. Rodinné konstelace se zaměřují na rodokmen. Systémové konstelace se mohou týkat libovolných problémů nebo potíží pracovních, zdravotních či duchovních. Semináře jsou velmi intenzivní, vhodné je opakování. Děje se ve dvojicích a v malé skupině.

Místo konání: *Jevíčko, Penzion Eden* (jaro a podzim navazují, pro pokročilé).

Termín: 27. 4. – 1. 5. 2012

Kód: 124

Termín: 26. 9. – 30. 9. 2012

Kód: 125

NA VLNĚ DECHU A RYTMU.

Dlouhodobý program zaměřený na intenzivní zážitky, jež mohou souviset s individuální životní cestou, ale také se mohou týkat dějů nadosobních i světových. Přístup kombinuje různé způsoby dechové praxe, aktivní imaginaci, práci s tělem, spontánní tanec a další postupy.

Sraz je první den v 19 hodin. Přínosnější pro osoby starší 25 let. Místo konání: *Jevíčko, Penzion Eden*

Termín: 25. 6. – 1. 7. 2012

Kód: 126

ŽIVOTNÍ OSUDY.

V duchu evropské tradice chápeme **osud** jako pohyb duše v čase probíhajících a měnících se událostí a zvrátů osobních, rodinných, společenských i přírodních. **Já** je redukcí duše, je zaměřením na jedinečnost, individuálnost (seberealizaci, sebenaplnění, sebevědomí apod.). **Duše** je širší než individualita já, vždy je orientována na celek. Orientující částí duše je *daimon*, který vymezuje hranice či možnosti naší cesty životem a střetává se s vnějšími podmínkami i požadavky života. Osud obvykle popisujeme zpětně, vyprávíme příhody „jak to bylo“, sestavujeme „osu svého života“. Milujeme příběhy.

Termín: 30. 11. – 2. 12. 2012

Kód: 127

Pokyny k závazné přihlášce

Programy *Cesty duše* jsou určeny pro odborníky i obecnou veřejnost. Všechny nabízené akce byly uvedeny krátkou charakteristikou a doplněny datem konání. Další informace obdrží pouze ti, kteří se na kurzy přihlásí. *Respektujte, prosím, termín přihlášek.* Víkendové kurzy probíhají v Brně. Delší kurzy se konají v Jevíčku. Ubytování zajišťuji vždy, stravu pouze v Jevíčku. Cena víkendových seminářů je 1200 Kč a za kurzy v Jevíčku činí 1600 Kč. (*Zájemci, kteří se účastnili alespoň tří kurzů v roce 2011, budou mít u všech akcí v roce 2012 slevu 25 %.*) Ubytování a strava jsou účtovány samostatně. Nemáte-li zájem o nabízené kurzy, předejte prosím informace jiným zájemcům.

PhDr. Vladimír Dvořáček

Na adresu: *PhDr. Vladimír Dvořáček, Botanická 50, 602 00 Brno,*
nebo na **e-mail: dvoracek.kurzy@centrum.cz**

KNIHY

LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ

autoři: Raudenská Jaroslava, Javůrková Alena
ediční řada: Psyché
formát: B5
vazba: V2
rozsah: 304 stran
prodejní cena včetně DPH: 429 Kč, 18,45 €
ISBN: 978-80-247-2223-8



anotace:

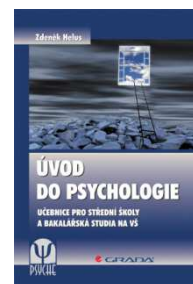
Vývoj vědy v posledních letech sice významně zlepšil možnosti, jak diagnostikovat a léčit choroby, ale přistupovat k nim jako k subjektivnímu ději přináší ještě vyšší procento úspěšnosti. Taková léčba předpokládá užití poznatků z psychologie a na lékaře klade zvýšené nároky. Vztah lékaře a pacienta se v posledních letech změnil, což souvisí i s nárůstem chronických a civilizačních chorob. V zájmu úspěšnosti jejich léčby proto lékař více usiluje o aktivní zapojení pacienta do celého procesu. Z autoritativní osobnosti (experta, který vydává instrukce) se v rámci biopsychosociálního pojetí léčby mění v koordinátora činnosti jednotlivých členů lékařského týmu.

Kniha je určena studentům medicíny a lékařům v postgraduálním i celoživotním vzdělávání. Vhodná je i pro další členy týmu, kteří se podílejí na biopsychosociální léčbě: klinické psychology, psychiatry, zdravotní sestry, fyzioterapeuty, sociální pracovníky a duchovní.

http://www.grada.cz/lekarska-psychologie-ve-zdravotnictvi_4869/kniha/katalog/

ÚVOD DO PSYCHOLOGIE

podtitul: Učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ
autor: prof. PhDr. Helus Zdeněk, DrSc.
ediční řada: Psyché
formát: A5
vazba: V2
rozsah: 320 stran
prodejní cena včetně DPH: 299 Kč, 12,86 €
ISBN: 978-80-247-3037-0



anotace:

Učebnice klade důraz na charakteristiku základních psychických jevů, procesů a činností, díky kterým se člověk ve světě, ve společnosti i v sobě samém orientuje, zvládá nároky na něho kladené a usiluje dát svému životu směr a smysl. Klíčové kapitoly jsou věnovány tématům osobnosti, její vnitřní skladby, jejího začlenění do mezilidských vztahů i života společnosti, fází jejího vývoje. Jsou analyzovány problémy narušeného vývoje a formulovány principy, jejichž respektování napomáhá vývoji osobnosti zdravé a bohatě se rozvíjející. Načrtnuty jsou také počátky vědecké psychologie a základní směřování moderní psychologie.

Autor je renomovaný odborník a vysokoškolský pedagog.

http://www.grada.cz/uvod-do-psychologie_5756/kniha/katalog/

TESTOVÁNÍ V PSYCHOLOGII

podtitul: Teorie odpovědi na položku a počítačové adaptivní testování

autor: Jelínek Martin, Květoň Petr, Vobořil Dalibor

ediční řada: Psyché

formát: A5

vazba: V2

rozsah: 160 stran

prodejní cena včetně DPH: 239 Kč, 10,28 €

ISBN: 978-80-247-3515-3



anotace:

Seznamte se spolu s námi se základními principy stále více populární teorie odpovědi na položku (Item Response Theory - IRT). Kniha popisuje výhody, které tato teorie poskytuje ve srovnání s klasickou testovou teorií, a probírá základní stavební kameny IRT - nejpoužívanější modely, metody odhadu, informační přínos položek a jeho využití pro konstrukci testů. V knize najdete také další užitečná témata vycházející z této teorie, jako je například rozpoznání odlišného fungování položek nebo počítačové adaptivní testování.

Text jistě ocení profesionálové v oblasti testování, uživatelé testů se zájmem o psychometrické pozadí metod, které používají, a studenti psychologie, pedagogiky i dalších oborů, kterým přinese ucelený pohled na danou problematiku. Jde o první knižní publikaci tohoto druhu v českém jazyce.

http://www.grada.cz/testovani-v-psychologii_6358/kniha/katalog/

HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H.: POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA, BIO-PSYCHO-SOCIÁLNE ASPEKTY.

EMDR a autogénny tréning pri pretvárajúcom ohrození, prípadová štúdia, 2012, je úplne čerstvá. Ak by ste na ňu chceli vo Vašom časopise upozorniť, je zavesená na www.vydavatelstvo-f.sk a tiež na www.sodezz.upol.cz/e-learning.

srdečne Vás pozdravujem z Trenčína.

Majte sa krásne

Jozef Hašto

REJSTŘÍK AUTORŮ PSYCHOSOM 2011

autor	název	složka	strana	číslo
Barbarič J.:	Selektivní kritika knihy současná psychoterapie aneb kritika kvantitativního výzkumu...	Diskuse	188-212	2011;9 (3)
Baštecká B.	Jak to vidím	Diskuse	72	2011;9 (1)
Čepický P.	Psychogenní neplodnost	Diskuse	145-7	2011;9 (2)
Holá B.	Moje reakce na text JB	Diskuse	228	2011;9 (3)
Holub D.	Reakce na J.B.	Diskuse	219	2011;9 (3)
Honzák R.	Nebrzděte mozek odpočinkem	Glosy	59	2011;9 (1)
Honzák R.	Holokaust – nezacelená rána	Glosy	60	2011;9 (1)
Honzák R.	Selko D, Ďurka R (eds.): Psychológia zdravia.	Recenze	152-3	2011;9 (2)
Honzák R.	V – jako věda; pomozte rozšířit lidské poznání!	Glosy	186-7	2011;9 (3)
Chvála V.	Nemocnice na kraji města	Glosy	5- 7	2011;9 (1)
Chvála V.	Pevné objetí v obklíčení?	Diskuse	66	2011;9 (1)
Chvála V.	Povodně, psychosomatika a jiné katastrofy	Editorial	85-6	2011;9 (2)
Chvála V.	Vyhmatávat tep života	Editorial	162-3	2011;9 (3)
Chvála V.	Recenze na knihu Jana Hnízдила: Mým marodům	Recenze	63- 65	2011;9 (1)
Chvála V.	Poznámky k textu Juraje Barbariče	Diskuse	225	2011;9 (3)
Chvála V.	Sborník Biosyntéza II., Grada 2011	Recenze	239-240	2011;9 (3)
Imiš, F.	Chronický únavový syndrom: stres pacienta a zátěž lékaře....	Teorie	177-183	2011;9 (3)
Klímová H., Kostlánová Roubalová, V.	Transgenerační přenos traumatu a možnost uzdravování	Původní práce	8-35	2011;9 (1)
Kubánek J.	Reakce na selektivní kritiku JB	Diskuse	226	2011;9 (3)
Máslová H.	Život před narozením a etiologie civilizačních chorob	Teorie	106-112	2011;9 (2)
Masopustová Z.:	Abychom ti pomohli, musíme ti porozumět – Pevné objetí dle Prekopové...	Kazuistika	87-105	2011;9 (2)
Pokorný M.	Co mi dala komunikace	Studentská se	183-5	2011;9 (3)
Poněšický J.	Vztah těla a duše (nejen) v psychosomatice	Filosofie	53-58	2011;9 (1)
Poněšický J.	Zpráva ze srazu v Kobylí	Z konferencí	233-6	2011;9 (3)
Rageth D. R.	Somatický příběh se šťastným koncem aneb V toku života	Kazuistika	164-176	2011;9 (3)
Růžička J.	Svědectví	Filosofie	113-136	2011;9 (2)
Sířinec J.	Rychlý průběžný vývoj BPSP – výzva pro naši komunitu	Z konferencí	137-144	2011;9 (2)
Skorunka D.	Selektivní komentář k selektivní kritice Juraje Barbariče	Diskuse	213-118	2011;9 (3)
Šimek J.	Jak to vidím	Diskuse	71	2011;9 (1)
Šturma J., Prekopová J.	Reakce na kritiku Z. Vybírala	Diskuse	68-70	2011;9 (1)
Vybíral Z.	Zažehl diskusi k metodě pevného objetí	Diskuse	67	2011;9 (1)
Vybíral Z.	Reakce na text PhDr. Juraje Barbariče	Diskuse	219-222	2011;9 (3)
Wischmann T. H.	Psychogenní neplodnost – mýty a fakta	Teorie	36-53	2011;9 (1)



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 budiž do rozsahu 5 normostran (7500 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

Literatura

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 (.doc), 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. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhzech, 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. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratkou 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.