

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
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 2/2012 dne 31. 5. 2012, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 5. 2012. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, 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/ABA008/84989>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

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 praxí 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, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., 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, PhD., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, PhD., Technická univerzita v Liberci a 2. LF UK Praha.
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Mioviský, PhD., Centrum adiktologie PK, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychotherapy, Ger.
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, PhD., 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, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavřda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah 2/2012

<i>Chvála V.: Lze se pravdy dobrat násilím?</i>	<i>68</i>
KAZUISTIKA	72
<i>Masner O.: Únava slečny P.....</i>	<i>72</i>
PRAXE	84
<i>Turčeková L.: Psychosomatika v dermatologii</i>	<i>84</i>
TEORIE	93
<i>Stackeová D., Blažková K.: Možnosti využití bioenergetické analýzy ve fyzioterapii</i>	<i>93</i>
<i>Jániš M.: Kompliance I. Kompliance (Část II.) – zjišťování, důsledky</i>	<i>111</i>
ETIKA	121
<i>Čermáková V.: Míchání a oddělování.....</i>	<i>121</i>
RECENZE	126
Chvála V.: Kde vzít v dekonstruovaném světě důvěru?	126
AKCE, AKTUALITY	130
<i>Zpráva o dnu rodinné terapie.....</i>	<i>130</i>
14. konference psychosomatické medicíny v Liberci TĚLO-DUŠE-VZTAH již 11.-13. října 2012	132
<i>Dozvuky setkání Sdružení pro psychosomatiku 11. 5. 2012</i>	<i>133</i>
<i>Zápis ze setkání výboru SPPS 1. 6. 2012</i>	<i>134</i>

EDITORIAL



ILUSTRACNÍ FOTO 1 DEN RODINNÉ TERAPIE V LÉKAŘSKÉM DOMĚ 17.4.2012

CHVÁLA V.: LZE SE PRAVDY DOBRAT NÁSILÍM?

Nedávno jsem si pochvaloval, že je náš časopis čten, a že lze již zaznamenat tu a tam reakce veřejnosti. Dnes mi k tématu editoriale dvojky Psychosomu přihrál anonym, který se chtěl vlámat do diskuse na našem webu svým jasným a pevným postojem k tématu únavového syndromu. Diskusi považuji za důležitou součást redakční práce, zatím se ale moc nerozvíjí, přestože technicky by to neměl být na našich stránkách problem.

Prakticky ke každému článku může čtenář ihned diskutovat, polemizovat s autorem, konfrontovat ho se svými názory. Protože jsme odborný recenzovaný časopis, každý příspěvek čeká na schválení editorem. Ale to by neměla být překážka v solidní diskusi. Docela nedávno jsem si všiml, že jeden příspěvek začíná zvláště, varováním, že jde o dezinformační článek! A dále se diskutující docela solidně zabýval

problémem únavového syndromu. Pozorný čtenář reagoval na názory pana doktora Felixe Irmiše z dvojčísla 3, 4/2011 doslova takto: „*Chronický únavový syndrom je funkční porucha mozku vzniklá na podkladě funkční poruchy imunitního systému (imunitně dysfunkční poruchy – proto též někdy: chronický imunitně dysfunkční syndrom = CFIDS). Jako takový je v MKN 10 už léta zařazen mezi neurologickými chorobami pod alfanumerickým kódem G 93.3. V druhé aktualizované verzi MKN 10 jsou pod touto položkou už jen dva ekvivalentní názvy: 1/ Povírový syndrom únavy, 2/ Nezhoubná myalgická encefalomyelitida. WHO nepřestala výše popisovanou nemoc uznávat, ale začíná se distancovat od jejího bagatelizujícího názvu (byl zaveden koncem 80. let minulého století americkou CDC). Výše popisovaná nemoc byla mnohdy označována jako ME/CFS (myalgická encefalomyelitida/chronický únavový syndrom). Za současných právních úprav lze teoreticky na tuto nemoc přiznat všechny druhy invalidního důchodu, prakticky se to však zřejmě ještě nikomu nepodařilo. Výzkumy CDC z roku 2006 prokazují, že jde o nemoc čistě somatického původu. Autor článku využívá změn v názvosloví v MKN 10 k dezinformaci laické a snad i odborné veřejnosti a je třeba se ho ptát, proč tak činí.“ (Názor vysloven 24. 5. 2012). Druhá zvláštnost, která mě trkla do očí, bylo to, že se diskutující nepodepsal. Fakt, že by se v nezávislém periodiku mohl objevit dezinformační článek, tedy záměrně zkreslená fakta tak, aby byli čtenáři zmateni, se mi nezdál pravděpodobný. Tím spíš, že žádný text nezařazujeme s takovým cílem. Jistě, autoři se mohou mýlit. Patrně se všichni někdy víc a někdy méně mýlíme. To není nic mimořádného. Ale nepíšeme proto, abychom druhé zmátli, abychom vedli*

dezinformační kampaň. K tomu, abychom nemátli veřejnost, slouží recenzní řízení (každý původní odborný text přečtou dva odborníci, aniž by věděli, kdo je autorem textu, a podle jejich názoru s textem dále naložíme). Protože jde o vyslovení názoru, který je podložen pokud možno praxí či studiem, nebo – v ideálním případě – obojím, je k tomu možná věcná diskuse, resp. konfrontace s jiným názorem. Proto jsem se anonymního diskutujícího čtenáře zeptal prostřednictvím elektronické pošty, odkud bere své zkušenosti, čím jsou podložené. Obratem uvedl řadu zdrojů a zároveň usoudil, že „*vzhledem k tomu, že v ČR se žádné pracoviště, jež by se zabývalo jakoukoliv problematikou ME/CFS, nikdy nenacházelo a nenachází, nezbyvá než respektovat vědecké závěry zahraniční*“. Znovu jsem musel zapochybovat, o tom, zda je možné v dnešní době považovat hranice za tak nepropustné, aby se výsledky zahraničních studií nedostaly do rukou českým odborníkům, kteří připravovali metodický pokyn k problematice chronické únavy (referovali jsme o tom). Tento materiál sice nakonec nebyl schválen proto, že seznam pracovišť, která se zabývají psychosomatickou problematikou, byl odborníky MZD odmítnut, protože prý u nás žádná taková pracoviště neexistují, ale to nijak nesnižuje kvalitu samotného odborného textu odmítnuté vyhlášky. Když jsem v diskusi s anonymem použil slovo „psychosomatická“ (nemoc, pracoviště), ukázalo se, co se skrývá za docela solidní fasádou. Reagoval promptně: „*WHO tuto chorobu uznává jako somatickou a vzhledem k nespornému faktu – existenci této choroby s diagnostickým kódem G 93.3 – mají pacienti ze zákona nárok na diagnostiku a léčbu i na sociální pomoc v případě poklesu jejich schopnosti soustavné výdělečné činnosti*

v důsledku ME/CFS.“ Ani to by stále ještě nebyl problém, je docela pochopitelné, že velká část populace vnímá své potíže jako somatické, i když měly sebevíce psycho-sociální podtext. Ale autor dovedl své úvahy mnohem dál: „*TYTO SKUTEČNOSTI JSOU VE ZDE PUBLIKOVANÉM ČLÁNKU VAŠEHO KOLEGY IRMIŠE POPÍRÁNY, pravděpodobně s cílem na takto postižených pacientech ušetřit. MŮŽE TAK DOCHÁZET K ZÁVAŽNÉMU PORUŠOVÁNÍ PRÁV SKUPINY OSOB. Citace trestního zákoníku, § 356, zní: odst. 1) Kdo veřejně podněcuje k nenávisti k některému národu, ...*“ A tak se dobírá nezbytnosti, odborný článek z našich stránek odstranit, jinak budeme moci být označeni za spolupachatele... a pokračuje nevybíravým vyhrožováním. Aha. Tu máš, čerte, kropáč! Od věcné diskuse k vydírání a vyhrožování. To jsme to tedy dopracovali! Ze zkušenosti vím, že léčba těchto pacientů není snadná ani jen v somatické medicíně, ale ani v psychosomatickém či psychoterapeutickém způsobu práce. Není to jen tím, že by lékaři nevěděli jak na to, nebo nemoc neuznávali, jak se anonymní diskutující domnívá, ale hlavní potíž

spočívá v tom, že přesunout pozornost na to podstatné, na to, oč ve skutečnosti jde, když člověk už únavou ani nemůže chodit, je těžké i pro pacienta samotného. Jako ilustraci uvádíme v tomto letošním druhém čísle kazuistiku pana kolegy Masnera, praktického lékaře na toto téma. Slovenští kolegové se s námi podělí o zkušenosti s psychosomatickými symptomy v dermatologii. V teoretické části pokračujeme druhým dílem studie o spolupráci pacientů s lékaři. Blížící se psychosomatickou konferenci předznamenává výborná stať na téma využití bioenergetické analýzy ve fyzioterapii. V oblasti etických témat tentokrát přinášíme text kolegyně Čermákové, o míchání a oddělování, tedy o hranicích. I když byl příspěvek určen pro uši supervizorů z České společnosti pro supervizi (ČIS), určitě platí i pro ostatní oblasti naší činnosti. Teď jen doufám, že se podaří dostat toto číslo k čtenářům do prázdnin, aby si mohli čtení užívat o dovolených.

V Liberci 1. 6. 2012

P.S.: I když nechceme diskutovat s anonymy, tady je odpověď autora zmíněného článku z Psychosomu č.4/2011. Nic to nemění na tom, že si pravdu nelze vynutit vyhrožováním.

DODATEK K ČLÁNKU CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM: STRES PACIENTA A ZÁTĚŽ LÉKAŘE (FELIX IRMIŠ: PSYCHOSOM 2011, 9, 3-4)) V ČERVNU 2012.

V článku jsem neuvedl modernější třídění, že MKD 10, zařazuje chronický únavový syndrom (CFS) pod neurologickou diagnózu G 93.3 s ekvivalentními názvy: benigní myalgická encefalomyelitida, postvirový únavový syndrom (ME/CFS). Tuto

diagnózu neuváděli též mnou citované práce našich specialistů na tuto nemoc (poslední 2008). Je třeba odlišovat únavový syndrom F 480, který patří pod psychiatrickou diagnózu, což se však většinou dělo. Nejnovější vědecko lékařské poznatky shrnují Mezinárodní

konsensuální kritéria publikovaná v listopadu 2011 v *Journal of internal medicine*.

Pro pacienta je nepříjemné, že u nás byl CFS ve vyhlášce pro posuzování invalidity r. 1997 vyřazen, o čemž jsem se zmiňoval. Reforma invalidních důchodů 2010 znamenala u nás ještě zpřísnění přiznávání invalidních důchodu. CFS nelze jednoznačně podle laboratoře diagnostikovat a proto se používalo hodnocení podle Holmesa z r. 1988

(uvádím v článku). U nás je přiznání invalidity na tuto nemoc nadále obtížné i při uvedení neurologické diagnózy G 93.3. Většinou u nás pracoviště mimo neurologii hledají objektivní kritéria při CFS, jehož potíže jsou různě silné a individuálně kolísají (imunologie, interna, kardiologie aj.). Pacienti jsou nadále z hlediska důchodu v obtížné stresové situaci. Proto jsem psal svůj článek o CFS a rozebíral složitou a zátěžovou situaci těchto pacientů, což byl hlavní smysl mé práce.

MUDr. Felix Irmiš, CSc

KAZUISTIKA



MASNER O.: ÚNAVA SLEČNY P.

září 2007 – prosinec 2008, celkem 15 sezení

SOUHRN: Masner O.: Únava slečny P., PSYCHOSOM, 2012;10(2), s. 72- 81

Diagnostika a léčba chronické únavy s bolestmi kloubů či dalšími somatickými projevy je obtížná. Snad nejvíce trápí pacienty i lékaře svou pestrostí a úporností, s jakou nedopřeje ani pacientovi, ani lékaři odpočinku nebo pocitu úlevy. Mnozí pacienti postižení touto únavou propadají beznaději nebo zlosti na neschopné lékaře, kteří nemají pro ně vhodný lék, nebo vůbec při nepatrném klinickém nálezu „nemají co léčit“. I když obraz poruchy je velmi pestrý, jedno mají tito pacienti společné: těžko se získávají pro psychoterapii nebo rodinnou terapii, od které očekávají spíše další ústrky, protože jsou nezřídka přesvědčeni, že porucha je primárně tělesná, a teprve v druhé řadě také psychická. Je to logické, kdo by nebyl z takové únavy a bolesti „na nervy“? V předložené kazuistice je příklad takové pacientky, která se nezalekla širšího pohledu na své problémy a díky tomu dovolila svému lékaři, aby se zabýval také jejími osobními vztahy a pomohl jí tak v nerovném boji proti únavě. Rodinná terapie, která byla v tomto případě metodou, jež přinesla změnu, bývá lékaři málo využívána, což je škoda. Autor přináší ukázkou rozhovoru, který byl hlavním a jediným nástrojem úspěšné léčby.

Klíčová slova: chronický únavový syndrom, chronické bolesti kloubů, rodinná terapie, bio-psycho-sociální model nemoci

SUMMARY: Masner O.: Fatigue of Miss P. PSYCHOSOM, 2012;10 (2), pp 69-79

Diagnosis and treatment of chronic fatigue along with joint pain or other somatic symptoms are difficult. Perhaps patients and doctors are troubled the most by its diversity and tenacity which will let neither patients nor doctors rest or relieve. A lot of patients affected by this fatigue succumb to despair or anger with incompetent doctors who do not have an appropriate medicine for them, or they have „nothing to heal“ when slight or no clinical finding is discovered. Although the disorder picture is very varied, these patients have one thing in common: they are difficult to convince for psychotherapy or family therapy from which they rather expect further injustices because they are often convinced that the disorder is primarily physical, and then also psychological. It is logical, who would not be „on their nerves“ of such fatigue and pain? In the presented casuistry there is an example of a patient who did not get frightened by a broader view of her problems and thus she allowed her doctor to deal with her personal relationships as well and help her this way in an unequal battle against fatigue. Family therapy, which in this case, was the method that brought a change, is little used by doctors, which is a shame. The author provides a sample interview, which was the main and only tool of successful treatment.

Key words: chronic fatigue syndrome, chronic joint pain, family therapy, bio-psycho-social model of disease

ÚVODNÍ SEZENÍ A PRVNÍ ÚVAHY

Pacientka byla poslána fyzioterapeutem pro podezření na psychosomatické potíže. Fyzioterapie byla doporučena ošetřujícím lékařem na základě chronických bolestí kloubů, hlavně kyčlí a zápěstí. Fyzioterapeut si všiml, že stupeň bolestí nekoreluje s fyzikálním vyšetřením a somatickým nálezem, a pojal podezření na somatoformní poruchu.

Pacientka je 28letá žena, má sportovní, štíhlou a symetrickou postavu, vestoje je napřímená, stisk ruky je adekvátně pevný. Jakmile si sedne do křesla, sedí trochu schouleně, ve tváři má smíšený výraz nejistoty a zvědavosti, hledí mi do očí zpříma. Vlasy má polodlouhé, upravené, obličej spíše bledý s přísným

výrazem, jen občas se objeví nesmělý usměv, po chvílce však převažuje v její tváři únava až trápení. Její hlas je příjemný, jemný a mluva je poněkud váhavá, ale bez zadržování. Cítím se s ní dobře, mám pocit, že pacientka ví, co chce, a jsem zvědavý, jaký je její příběh.

Nejdříve se jí ale představím. Jsem somatický lékař, který se zajímá o psychosomatiku, snažím se propojit chápání a léčbu tělesných potíží s významem psycho-sociálních souvislostí. Z té somatické strany jsem praktický lékař, z té psychoterapeutické používám rodinnou terapii. Pacientka k tomu nemá další dotazy a můžeme začít.

Ptám se jí, co ji ke mně přivádí. Slečna P. mi začne vyprávět:

V posledních měsících se jí úplně sesypala imunita, měla asi pět různých infekcí (boreliózu, chlamydie, mononukleózu a další) a k tomu trpí již asi 8 měsíců únavovým syndromem. Je již 3 měsíce v plné pracovní neschopnosti, pro silné bolesti v kyčlích si je sotva schopna dojít 500 m do obchodu a zpět, pak musí opět odpočívat, potřebuje si často lehnout. Kromě kyčlí ji ale bolí i kolena a zápěstí, fyzioterapie bolesti zmírňuje, přesto to pořád není dobré. Ze svého zdravotního stavu je zoufalá, chtěla by pracovat, dříve také ráda dělala turistiku, vůbec není zvyklá být takovým způsobem nemocná, omezená.

Z medicínské anamnézy prošla řadou vyšetření, u praktického lékaře se na nic nepřišlo, základní laboratoř, fyzikální vyšetření atd., vše bylo negativní. Pro podezření, že únavový syndrom je způsoben nějakou chronickou infekcí, byla pak odeslána na podrobnější serologické vyšetření na imunologii, tam byly dělány odběry opakovaně a našly se protilátky mimo jiné proti boreliím, a pak i proti výše zmíněným infekcím, byla léčena antibiotiky, nejprve měsíc Clarithromycinem, a pak i Doxycyklinem. Její stav však zůstal beze změny.

Ptám se jí na to, co od našich schůzek očekává, jaké jsou její cíle, nebo jak bychom poznali, že naše činnost byla úspěšná. Společně vypracujeme následující cíle:

– chtěla by být v takovém zdravotním stavu jako v roce 2004, kdy jí bylo dobře, a neměla žádné výrazné zdravotní problémy. To by byl její velký cíl.

Zmiňuji se, že ne vždy je možné docílit úplného vyléčení, a požádám ji ještě o dílčí cíle, které by také mohla vnímat

jako úspěch. Slečna P. tedy jmenuje další body:

– zmírnění bolestí v kyčlích a zápěstích třeba tak, aby mohla ujít 2 km bez bolestí;

– chtěla by se umět o sebe soběstačně a „bez slziček“ postarat a ráda by měla ještě nějakou tu energii navíc, třeba na návštěvu dědečka nebo sestry.

V úvodních sezeních se zajímám vždy i o **schéma rodinného systému**, tedy jak vypadá nynější a původní rodina a z jakých rodin pocházel rodiče. S P. jsme společně vypracovali následující obraz rodinného systému: pacientka P. se narodila jako nejstarší ze čtyř dětí v roce 1979 otci P. (roz. 1953, technický pracovník) a matce S. (roz. 1956, zdravotní sestra). Dále následovali sestra P. (1980), bratr Pe. (1987) a bratr Pa. (1994). Rodina je úplná, rodiče spolu žijí, toho času ještě s oběma bratry pacientky v jedné domácnosti.

Pacientka popisuje **otce** jako společenského a podnikavého člověka, který má obchodního ducha. Je zručný, rád zkouší nové věci a hezky se stará o maminku. V rodině se projevuje značně autoritářsky, je pro něj těžké dát prostor jiným názorům a má rád věci pod svou kontrolou. Projevuje se agresivně, jestliže má pocit, že ho někdo nemá rád. Když byly holky menší, tak je často fyzicky bil, třeba řemenem. V posledních 20 letech trpěl různými nemocemi, převážně neurologického rázu (mimo jiné boreliózou) a má již řadu let částečný invalidní důchod.

Matka pacientky je prý „takový anděl“, je krásná a schopná, vždycky hodně pracovala, byla proto méně doma než otec. Pracovně se jí vede dobře, rodinné události ji asi trápí, ale nedává to moc najevo. Je hovornější než otec, kterému

se podřizuje. Trpí chronicky bolestmi páteře a migrénami.

O rok mladší **sestra P.** je pro pacientku hodně důležitá, říká, že vůbec jsou pro ni sourozenci důležitější než rodiče. V dětství si byly hodně blízké, nyní sestra žije se svým manželem v severních Čechách. Má podobné zdravotní potíže jako ona, je také hodně unavená, ale svoje povinnosti ještě zvládá. Má prý obavu, že bude špatnou matkou.

Bratr Pe. Je zdravý, připravuje se nyní na maturitu, je vysloveně flegmatický, nic neřeší. A **bratr Pa.** Je její velký miláček, chodí na střední školu. Je takový „oplácáný“ ...

S rodinou žije v domě ještě **babička M.**, je to otcova matka a narodila se r. 1923. Na svůj vysoký věk se těší dobrému zdraví. Je poměrně výraznou osobností, která šíří jedno z rodinných poselství, totiž že vzdělání je velmi důležité. Vyrůstala v přísně katolické rodině na venkově, její otec byl sedlákem, ale hodně se vypracoval a vzdělal a hodně mu záleželo na tom, aby jeho dvě dcery šly studovat. V rodině se traduje, že v jejich obci „měl být starostou“. Tomu ovšem zabránila jeho tragická smrt na otravu krve v poměrně mladém věku v roce 1941. Jeho manželka (babička M.) zůstala v této nelehké době, v roce 1945, se dvěma dětmi sama, asi spíše z nouze než z lásky se provdala za J., dědečka pacientky. On byl také ze selské rodiny, ale již ne tak dobrý, a jejich manželství bylo poznamenáno značným množstvím hádek. Dědeček J. nebyl moc vzdělaný, zpětně se v rodině spekuluje o tom, že mohl být dyslektikem. Narodili se jim dva kluci, nejprve starší M. a pak mladší P., otec pacientky. Dle pacientky měli těžké dětství, byli bití jak otcem, tak i matkou, a ani jeden z nich nevystudoval vysokou školu, což babička M. nesla velmi těžce. Dědeček J. chodíval často do

hospody a v roce 1980 zemřel po jedné z hádek s babičkou na mozkovou mrtvici. Babička je doteď vlivným členem rodiny.

Ze strany matky je rodinná situace následující: narodila se v roce 1956 jako druhé z pěti dětí do venkovské katolické rodiny otci F. a matce N.(1923). Dědeček F. dosud žije, a je to dle pacientky příjemný starý pán, který je bohužel postižen nádorem mozku. Babička N. zemřela v roce 2003 na pneumonii. Pacientka dědečka ráda navštěvuje, jinak jsou kontakty s rodinami tet a strýců z této strany spíše omezené.

Ptám se P., do jaké míry si dovede představit, že by byl někdo z rodiny k našim sezením přizván. Odpovídá, že by ráda, ale že si moc nedovede představit, že by přišel otec. Matka možná ano, sestra snad také.

V další části dvou úvodních sezení společně vypracujeme časovou osu, kterou pravidelně využívám k získání přehledu dosavadního stonání pacientů a případného propojení onemocnění s psychosociálními událostmi v jejich životě. V **časové ose** slečny P. je nápadné její předčasné narození (rok 1979) v 8. měsíci matčina těhotenství, její porodní váha byla 1400 g a první dva až tři měsíce strávila v kojeneckém ústavu bez matky. Kojená pochopitelně nebyla. Poté popisuje normální další průběh dětství a dalšího dospívání, bez výraznějších stavů onemocnění nebo hospitalizací, s normální docházkou do mateřské školky a základní školy. Ve věku 14 let šla na Střední školu průmyslového stavebnictví a o čtyři roky později maturovala. V roce 1997 pak nastoupila na Vyšší školu stavební. Rok na to prodělala boreliózu, která vyvolala i kloubní potíže, po antibiotické léčbě přišlo zlepšení, ale úplně se její stav vrátil do předchozí podoby až po homeopatické léčbě. V roce 2000 tuto

školu ukončila a nastoupila na Vysokou školu stavební v Praze. Její zdravotní stav byl dobrý, v průběhu roku 2002 poznala svého nynějšího partnera M., který studoval stejnou školu. V srpnu 2002 odletěla na dvouměsíční cestu po Spojených státech amerických, cestovala zcela sama a trpěla bolestmi žaludku a poprvé také stavy silnější únavy. Po návratu se nechala medicínsky vyšetřit, prošla i gastroskopií a léčila se Omeprazolem. Potíže s žaludkem se uklidnily během roku 2003. V roce 2004 se těšila dobrému zdraví, dokončila studium, dělala vedle toho i brigády v projekční kanceláři, cestovala s partnerem M. a cítila se celkově dobře. Ke konci roku 2004 se v rodině odehrálo drama, kdy její otec odmítl partnera její o rok mladší sestry, což v rodině vedlo k značnému vztahovému napětí. V květnu následujícího roku se její sestra bez vědomí rodičů za partnera provdala, slečna P. jí šla tajně za svědka. Asi po půl roce se v rodině celá záležitost provalila a otec zavrhl obě dcery takovým způsobem, že již „nesmějí překročit práh domu“. Zdravotní stav P. byl v průběhu roku 2005 ještě stabilní, od roku 2006 se cítila unavenější a začaly i již zmiňované bolesti kloubů, pomalu nastupoval špatný zdravotní stav, který vyústil v částečnou pracovní neschopnost pacientky od přelomu roku 2006/07 a v plnou pracovní neschopnost od června 2007.

Nyní přichází okamžik zvážit, co mohu pacientce nabídnout. Z medicínského hlediska se mi somatická stránka potíží zdá být dobře pokryta, pacientka je vyšetřena v dostatečné míře. Naopak se zdá, že se kolem ní již začíná roztáčet pro psychosomatické potíže tak typický kolotoč opakovaných somatických vyšetření či léčebných pokusů, které poukazují na narůstající bezradnost somatických kolegů. Navíc u pacientky

zasahují somatické příznaky velmi silně do jejího psychosociálního fungování, což též považuji za příznačný rys psychosomatických obtíží. Proto se mi zdá být indikace k psychoterapii správná. Proti rodinné terapii hovoří to, že není jisté, do jaké míry se její rodina bude aktivně zapojovat do léčebného procesu. Je pravděpodobné, že hlavně otec se neukáže, přitom se zdá, že jeho postava by mohla být klíčová. Na druhé straně jsem spatřil mnoho dílčích aspektů, které jasně poukazovaly na etiologický význam rodinných vztahů a systémových vazeb. Tak třeba sestra trpí nápadně podobnými potížemi. Otec má řadu let podivné zdravotní příznaky, které ho dovedly až do částečného invalidního důchodu. U pacientky samotné se podobné příznaky únavy ukázaly již dříve v zátěžové situaci dlouhodobějšího odloučení od rodiny. Rodina je vedena na dnešní dobu neobvykle rigidním způsobem, který sám o sobě umožňuje očekávat obtížnou separaci dětí. Při vyprávění o rodinných vztazích je na pacientce vidět silné emocionální napětí, aktuální zlom ve zdraví pacientky koreluje časově nápadně s významnou rodinnou událostí – zavržením obou dcer otcem. Systémové souvislosti vidím také v mocném vlivu rodinného motta „je zapotřebí být vzdělaný“, které pramení z rodiny babičky z otcovy strany a je umocněno tragickou smrtí babiččina otce. Toto rodinné poselství může nést výrazný podíl na soudu, že sestřin ženich není dost dobrý, protože je pouze řemeslníkem. Tyto body hovoří v mých očích pro oprávněný pokus řešit věc prostředkem systemické rodinné terapie.

Důležitý je i celkový dojem, který na mě pacientka dělá. Přes všechnu viditelnou únavu z ní cítím pevné odhodlání se s nynějším stavem nesmířit a nepoddát se záludnému příznaku. Vnímám u ní

jistou pevnost tohoto odhodlání a motivaci ke spolupráci. Již 8 měsíců je v částečné či plné pracovní neschopnosti a vyhlídka na možný invalidní důchod ji zřetelně děsí. Celkově mi slečna J. připadá mladší, než udává její biologický věk. Nepůsobí na mě jako zralá žena, která je těsně před založením rodiny, v něčem působí spíš jako dívka, která teprve s velkýma očima objevuje svět. Může to být náznak toho, že je její psychický vývoj zpomalený a že separace od rodičů není u konce? Při vyprávění o své rodině reaguje živě na naznačené možné souvislosti a dovede je kognitivně dobře zpracovat, někdy i aktivně rozvíjet. Její emoce se mi zdají být přiměřené k obsahu sdělení a vždy se vrací pružně zpět do rovnováhy, jakmile téma opustíme. V neposlední řadě se s ní v sezení cítím dobře, nevnímám u sebe žádné negativní nastavení ani k ní, ani k příběhu samotnému, zůstávám emocionálně v klidu.

Podle výše zmíněných faktů a pozorování usuzuji, že je dobré s pacientkou pracovat na různých úrovních. Na kognitivní úrovni je třeba začít pracovat s tím, s čím ke mně pacientka přišla, tedy se somatickým příznakem. Bude potřeba pacientku dovést k náhledu, že únava i bolesti kloubů mohou být, ač to jsou ryze tělesné příznaky, alespoň zčásti způsobené duševním či vztahovým napětím. K tomu nám poslouží jak údaje z její časové osy, tak všeobecné příklady

POPIS TERAPEUTICKÉHO PROCESU

Slečna P. následovně docházela ke mně na sezení s průměrnou frekvencí 1×/týden až 1×/2 týdny. Ze začátku se občas ještě vracíme k somatickým příznakům. P. popisuje malátnost,

z psychosomatického propojení duševních a tělesných pochodů. Je to první a nezbytný krok pro to, abych získal pacientčinu důvěru a prostor k práci na poli psychosociálních souvislostí, jinak hrozí nebezpečí, že by mohla ulpívat na úrovni tělesných příznaků, což by mohlo vést spíše k jejich upevnění než zmírnění. Hlavní část práce se bude muset věnovat souvislostem rodinného systému, kde se zdá být klíčová nedokončená, či paradoxně překotně provedená separace od rodičů. V nejlepším případě bude možné je získat ke spolupráci, abychom společně osvětlili vzájemné propletení a duševní zranění, která na obou stranách udržují psychické napětí. Jestli tomu tak nebude, tak bude prospěšné získat další členy rodiny, jako třeba sestru nebo staršího bratra, v neposlední řadě i partnera pacientky. A také to bude znamenat, že bude podstatné pracovat s postavami rodičů, které si pacientka nese v sobě, a snažit se o separaci od těchto vnitřních rodičů pomocí společné konstrukce.

Souhrnně řečeno věřím, že se na aktuálních zdravotních potížích slečny P. významně podílejí faktory z psychosociální oblasti, jmenovitě z okruhu rodinných vztahů a vazeb, specificky pak otázka nedokončené separace od rodičů. Z tohoto důvodu považuji mou osobou nabízenou terapii za opodstatněný přístup s dobrými šancemi na zmírnění pacientčinych obtíží.

úbytek energie, pálivou bolest uvnitř kloubů, pocit, jako by měla kolem sebe takovou skořápku, která jí brání v pohybu. Rozvádíme společně, co pro ni volný pohyb znamená, a přenášíme

význam volného pohybu i na potřebu osobní svobody. V čem se cítí být svobodná a v čem méně? Vracíme se k její rodině, mluvíme o otci, v čem je dobrý, čeho si na něm cení. Vyjde najevo, že otec má spoustu dobrých stránek, že si ho P. váží například pro to, že se chová hezky k její matce.

Považuji za důležité klást důraz právě i na pozitivní otcovy stránky, zaprvé protože je patrné nebezpečí, že bychom ho snadno mohli dostat nepatřičně do pozice jakéhosi viníka, zadruhé protože pořád mám naději, že bude možné ho do terapie zapojit. Z tohoto důvodu také probíráme podrobněji otcovu rodinu a jeho vztah s vlastní matkou, který byl, zdá se, značně ambivalentní. Pacientka má možnost promítnout si transgenerační vlivy na dětství jejího otce, a posléze i na to vlastní, když zdůrazňuji některé možné systémové dopady rodinných událostí. Předně se věnujeme předčasné smrti pradědečka, který byl, alespoň dle rodinné mytologie, skvělým a vzdělaným člověkem. Jeho náhlé úmrtí bylo z pochopitelných důvodů bráno jako velké neštěstí, pravděpodobně také zejména proto, že se přihodilo za války v roce 1941. Jeho manželka zůstala s dcerami sama a postavila na rodinný piedestal zesnulého chotě a s ním i jeho závazný odkaz, že v životě je první povinností se vzdělávat. Vysvětluji, že podobná poselství se mohou předávat i s velkým emocionálním nábojem přes vícero generací, aniž se někdo ještě pamatuje, z čeho vlastně se takové poselství zrodilo. V tomto případě jsme s pacientkou již nebyli s to vypátrat prvopočátek této závazné směrnic (mohla to být třeba bída), ale velmi pravděpodobně byla umocněna právě tragickým úmrtím jejího nositele. Propojili jsme si tedy transgeneračně pradědečka a jeho osud se značným psychickým napětím, které vyvolalo

zavrnutí pacientky a její sestry. Tím jsme lépe pochopili, jak vůbec k tomu mohlo dojít, a podpořilo to mou snahu dostat otce z pozice svévolného patriarchy.

Nicméně se záhy ukázalo, že ani otec, ani matka na naše sezení nedorazí, oba dceřino pozvání odmítli. Tak jsem na sezení pozval partnera pacientky pana M., se kterým se P. poznala na studiích. Ochotně spolupracoval a zprostředkoval nám cenné poznatky o vztazích v rodině z pozice vně rodiny. Tím naše práce na rodinném systému dostala další dimenzi a bylo možné vztahy zahlédnout ještě z dalšího úhlu. Soustavně se vracíme a posilujeme naši hypotézu, že nynější stav pacientky může být ze značné části zapříčiněn aktuálním napětím v rodinných vztazích, a hledáme cesty jak toto napětí zmírnit. Opakuji, že nejvhodnějším způsobem je navázat kontakt a promluvit spolu v bezpečném prostředí, třeba u mě na sezení.

Podrobněji jsme se vrátili do listopadu 2005, kdy vrcholila rodinná krize a kdy otec zuřil a pacientku vyhodil z domu. Ostatní členové rodiny včetně matky prý plakali a ona musela odejít. Podrobně jsme probírali následující dobu, kdy P. byla dle svých slov asi 2–3 měsíce v hluboké depresi a měla prý i suicidální myšlenky. Odbornou pomoc tehdy však nevyhledala, ani ji to nenapadlo. Vrátili jsme se nakrátko k tomu, jak duševní pochody mohou ovlivnit i funkci těla, a propojili jsme možný dopad na posléze se vyvíjející únavu a bolest. Věnovali jsme se i vztahu s matkou, kde vyšla najevo pacientčina lítost, že se matka za dcery nepostavila. Podobně jako u otce jsme v této souvislosti probádali vliv předchozích generací z matčiny strany, zejména význam katolické víry.

Tělesnému zdravotnímu stavu P. jsme dávali prostor pouze sporadicky, větší-

nou na počátku sezení. Již po 2 či 3 sezeních pacientka referovala o tom, že se jí začíná ulevovat a že jednou si i troufla doběhnout tramvaj. Pak nabral vývoj nečekaný spád a následující část příběhu znám jen z pacientčina zpětného vyprávění: Koncem října se konala promoce partnera M., přišli tam i pacientčiny rodiče a krátce spolu mluvili. Kontakt se začal rozvíjet i telefonicky a krátce na to navštívili pacientka, M. a jeho matka rodiče pacientky. Byli vpuštěni do domu a usadili se v obývacím pokoji. Rozproudila se prý veselá konverzace, otec pacientky byl v dobré náladě a vyprávěl historky z práce a podobně. Dobře si rozuměli s matkou partnera M., ona je architektka a otec byl rád, že M. je z dobré rodiny. Byli tam celkem 5 hodin. V jednom okamžiku návštěvy se otec pacientky zeptal, kde je její matka, a ona odpověděla, že „vona“ je v koupelně. Následoval nečekaný a masivní verbální otcův útok, jakýpak „vona“, takto o své matce mluvit nebude, a to, že jí bude už téměř třicet let, neznamená, že jí nemůže „jednu natáhnout“! Bylo to velmi nečekané, ovšem pacientka se z toho nesložila a odpověděla mu, že takto s ní mluvit nebude a že si to od něho nenechá líbit! Teď byl překvapen otec, vzal prý „zpátečku“ a s pomocí návštěvy se celá věc nějak zamluvila. Při loučení se o incidentu už nemluvilo a návštěva byla ukončena se „zachovaným dekorem“.

Deset dní na to přišla pacientka na sezení a vyprávěla mi o této návštěvě a jejím průběhu. Byla spokojená, že se tentokrát nedala a celou věc ustála. Cítila se celkově mnohem lépe. Pracovní neschopnost u svého praktika ukončila, říkala, že již 3 dny chodí do práce. V dalším průběhu se její zdravotní stav dále rychle zlepšil. Za další tři týdny se u mě na sezení objevila s batohem na

zádech, že prý jede na víkend do hor. Klouby ji postupně přestaly bolet, určitou dobu bolí ještě večer, energie se do těla navrácí. Opětovné nabytí zdraví je pozoruhodné a nelze si nevšimnout, že započalo tou návštěvou doma. Vyzdvihuji význam toho, jak se postavila za svůj názor, a hlavně za sebe sama. Otcův postoj vůči dceři se sice od té doby výrazně nezměnil, ale podobný útok už neopakoval. Po čase jí napsal dopis, že by s ní chtěl mluvit. Navštívila domov již sama a celý rozhovor se odvíjel v klidu. Otec naléhal na brzkou svatbu s M., nabízel, že s ním promluví. P. to odmítla s tím, že si to dohodnou sami. Otec jí pak nabídl, že kdyby se neprovdala, může se vrátit domů pod podmínkou, že se nebude stýkat se sestrou a „že bude po jeho“. Pacientka to odmítla, chce žít samostatně a je schopna se sama o sebe postarat.

V následujících měsících se frekvence sezení začíná redukovat, pacientka teď ke mně chodí tak 1× za měsíc. M. se snaží kontakt s rodinou dále rozvíjet, jak to jde, vyzvedne třeba nejmladšího bratra ze školy nebo zve matku na návštěvu do Prahy. K tomu ale nedojde. Otec prý matce pohrozil, že jestli tam pojede, rozvede se s ní. U P. se střídají stavy vzteku na otce, lítostí nad tím, že má omezený kontakt s matkou a bratry, chuť s tím vším seknout a chuť tomu porozumět. Snažím se nyní spíše o jisté smíření s danou situací, protože se zdá, že v tuto chvíli se již nedá čekat větší pohyb. Pacientka se sama vůči otcovi úspěšně vymezila, z pozice dcery ale nemůže „zachraňovat“ ani matku, ani své sourozence.

Časem se téma původní rodiny dostává do pozadí a v našich setkáních se začínáme zaobírat více jejím vztahem s partnerem M. Tento vztah není pro P. zcela uspokojivý, jednak na ni M. pro svoji pracovní činnosti nemá moc času,

ale hlavně ji trápí, že se nedovede konkrétně vyjádřit ke společnému založení rodiny. To P. velmi zneklidňuje, nechce s M. „žít na hromádce“ a přeje si jednoznačný partnerův postoj. Opět prochází P. emocionálními výkyvy a zase se sporadický ozývají doprovodné tělesné příznaky jako únava a bolest, někdy i třes. Nyní ale v podstatně menší intenzitě a P. je již pozitivně využívá jako

jakési varovné prapory, které jí naznačují, že je potřeba zvolnit nebo něco v životě přehodnotit. Ke konci roku 2008 se P. rozhodne k závažným změnám ve svém životě: zajede za rodiči a rozloučí se s nimi, už tam nechce dál jezdit na návštěvy, a rozchází se s partnerem. 18. 12. 2008 ukončujeme terapii.

UKÁZKA Z TERAPEUTICKÉHO SEZENÍ (10. SEZENÍ, 28. 2. 2008)

Pacientka P. přichází na sezení se sestrou. Její sestra bydlí dost daleko a je tu poprvé. Představím se jí, v krátkosti vysvětlím, jakým způsobem pracuji a co rozumím pod pojmem psychosomatika. Zdůrazním, že jsem rád, že si udělala na naše sezení čas.

T (terapeut): Tak, neviděli jsme se něco přes měsíc, jak se vám teď vede? *(oslovím nejprve pacientku, chci, aby se sestra trochu aklimatizovala)*

P (pacientka): Vede se mi celkem dobře. Jen jeden víkend to byl trochu horší, chtěla jsem jít v sobotu do práce, ale začalo mě bolet koleno, a tak jsem do práce nemohla jít, zůstala jsem doma... ale večer to už bylo zase dobré, to jsem tu bolest roztancovala! A další den už bylo všechno úplně v normálu *(pomyslím si, že její tělo vědělo, kdy už je třeba odpočívat, ale moc to nerozvádím, nechci zajet zbytečně na somatickou kolej, když tu je její sestra)*.

T: ...tak vy chodíte tancovat...

P: Ano, zapsala jsem do kurzu břišního tance, byla jsem tam zatím dvakrát, je to prima...

T: *(k sestře)* Vy také tancujete?

S (sestra): Ne. Na to nemám ani čas, manžel je pořád v dílně, chodím do práce, a pak je třeba dělat ještě domácnost *(sestra je poměrně strohá, měří si mě poměrně přísně, působí ostražitě)*.

T: Jak vám P. možná vyprávěla, tak jsme mimo jiné mluvili hodně o vaší původní rodině. Jak vy vzpomínáte na vaše dětství?

S: Jako děti jsme s P. byly hodně společně, byly jsme si hodně blízké... já jsem platila za tu klidnější a rozumnější.

T.: ...Vidíte, a přitom jste byla o rok mladší... a co tedy P. vyváděla?

P: No, jak táta měl to malé hospodářství, tak jsme tam pořád musely s něčím pomáhat... stačilo, abychom něco neudělaly, o čem si táta myslel, že uděláme, a hned jsme dostaly výprask... vždycky obě dvě *(již se dostáváme k tématu, které mě zajímá, totiž vztahy uvnitř rodiny, nyní z pohledu i sestry)*.

T: To jste všechno dělaly dohromady?

S: Otec nás asi tak vnímal, že jsme pořád dohromady, moc mezi námi nerozlišoval *(pomyslím si, že je otec měl v jedné*

škatulce, že si pro každou z nich nevytvořil „vlastní rodičovství“).

P: ...buď na nás vzal řemen, nebo kabel, nebylo to pěkné.

T: A co tomu říkali ostatní, matka nebo babička?

S: Naše máma si nedovolila do toho zasáhnout, ona se na nic nezmohla (*podobně jako teď...*).

P: Jednou na otce křičela babička, ale to bylo, když spolu zrovna nemluvili, jinak se nás také nezastala.

T: Jestli se nepletu, tak u nich se v rodině používaly podobné metody, tak jí to možná nepřišlo divné (*snažím se vnést transgenerační pohled, který v tomto případě mohl pomoci získat jiný pohled*). Jakou máte představu o dětství vašeho otce?

S: Myslím si, že to měli se strejdou docela těžké... Dědu si už nepamatuju, zemřel, ještě než jsem se narodila, ale z toho, co vím, musel být hodně přísný. S babičkou se prý hodně hádali, táta na své dětství asi nemá moc hezké vzpomínky, moc o tom nevypráví.

T: A stála byste o to, aby vám něco o tom řekl?

S: Teď už ne, od mé svatby se s ním vůbec nestýkám, je to smutné, ale nešlo to jinak (*vím, že sestra zvolila podstatně radikálnější odloučení od rodičů a že její zdravotní příznaky jsou mírnější, může to být pro P. inspirace jak řešit stejný problém jinak*).

T: Jak se to tehdy přesně přihodilo?

S: Oni L. (manžel sestry) prostě nebrali. Ani otec, ani babička. Nebyl jim dost dobrý. L. tehdy na to také reagoval prudce, neměl zapotřebí jim něco dokazovat, je to poctivý kluk a dobrý

řemeslník. A tak jsem udělala radikální řez, a teď je to prostě lepší. Ale bylo to hodně těžké...

T: (obracím se na P.) ...Jak myslíte, že při tom sestře bylo, když se takto odřízla? Co pro ni mohlo být nejtěžší? (*chci, aby se P. užila do sestry*).

P: ...Dobře si to pamatuji, byla to podobná situace jako pak později se mnou. Bylo to buď, anebo. Prostě strašný tlak a hrozba. Obdivuji sestru za to, jak to zvládla, nic jí nevyčítám. Nejtěžší asi bylo, že v tom lítala i ta mamka, to muselo pro tebe být hrozné, že zároveň s otcem jsi musela opustit matku, ne?

S: Jo, to bylo právě to nejtěžší, to mi bylo hodně líto... na otce jsem byla naštvaná, ale na matku ne (*rodiče se zde oddělují od sebe, proces, který každé separaci dítěte musí předcházet*).

T: Jaká je tedy ta vaše matka, P. ji vidí jako anděla... (*zajímá mě pohled sestry na matku, zdá se mi, že pacientka ho má značně idealizovaný, což může prohlubovat pocity viny vůči ní a rodině vůbec*).

S: Já si myslím, že ona prostě neměla moc možností jak se vůči tátovi bránit... Ale také si myslím, že ona má svoje city hodně zamrzlé, úplně se v ní nevyznám.

P: Má je zamrzlé možná i tím, že jí její sourozenci předhazují, že ona zavinila smrt matky – babička z matčiny strany zemřela v roce 2003 na pneumonii. (*Zde se otvírá další zajímavé okénko rodinných souvislostí, o kterých jsme zatím vůbec nemluvili. Je možné, že matka sester jako zdravotní sestra mohla být nějakým způsobem involvovaná do úmrtí babičky. Tato část rodiny se nám ale zatím vůbec nevyskytovala v našem příběhu a v tuto*

chvíli se mi nezdá vhodné odbočit od našeho tématu, stopu dále nesleduji.)

T: Možná se někdy pro vás obě naskytne možnost se o matčiny pocitech dozvědět více, přál bych vám to. Ale vypadá to, že na to nejprve musí nazrát čas. Vaše matka má doma ještě vaše dva bratry, tomu mladšímu je přitom teprve 13 let, ten potřebuje ještě dost její péče. *(Obě sestry mi v tom okamžiku přijdou hodně opuštěné, vzbuzují ve mně pocit, že je třeba chláholit.)*

P: ...Jo bráška Pa., po tom se mi stýská vůbec nejvíc, vždyť to není jen o tom opustit rodiče, opustit sourozence je přece zrovna tak těžké. Dobře si

pamatuji, jak jsi ty odešla v roce 2005 z té koleje, to bylo hrozné...

S: ...No jo, tehdy se holt změnilo úplně všechno... odešla jsem z domova, odešla jsem z koleje a začala jsem úplně nový život s L.

P: Na té koleji jsme byly spolu asi tři roky a já jsem měla pocit, že mi tam děláš druhou matku...

S: ...No, to nevím, takhle jsem to nikdy nevnímala, ale fakt je, že jak jsem z té koleje odešla, začaly mě trápit různé úzkosti, cítila jsem se hodně nejistá, určitý čas jsem třeba nemohla chodit sama nakupovat.

ZÁVĚREČNÉ ÚVAHY

V poslední části kazuistiky je jistě namístě uvažovat o tom, co se v průběhu terapie všechno stalo a proč. Než se do toho pustím, připadá mi však důležité poznamenat, že podobné úvahy považuji jen za hypotézy, které lze vyslovit pouze s větší či menší pravděpodobností. Vzhledem k složitosti bio-psycho-sociálního propojení a cirkulární povaze kauzality, které v systemické rodinné terapii předpokládáme, si nemůžeme být ani v pohledu zpět jistí, že nakonec nebylo všechno úplně jinak. Předdesílám to jen proto, aby v následujících řádcích čtenář nepodleh klamnému dojmu, že si terapeut myslí, že má celý průběh terapie dokonale prohlédnutý a zhodnocený. A také proto, abych nemusel všechny následující úvahy psát složitě tímto pochybovačným stylem.

Kazuistika slečny P. mi připadá z pohledu psychosomaticky orientovaného lékaře zajímavá z následujících důvodů: Zaprvé se zdá, že poměrně

závažné somatické příznaky se nechaly pozitivně ovlivnit nefarmakologickými intervencemi, čistě psychoterapeuticky, zejména interakcí v rodinném systému. Zadruhé se na kazuistice dá pozorovat dynamická proměna či evoluce duševních příznaků v příznaky tělesné, což vystihuje samou podstatu psychosomatického pohledu v medicíně. A zatřetí se zde poměrně ilustrativně znázorňují systemické síly a jejich vliv na jednotlivé členy systému i s transgeneračním přesahem.

Za hlavní kurativní faktor považuji to, co se odehrálo během první návštěvy pacientky doma. To, že se pravděpodobně poprvé v životě dokázala postavit otcovské agresi a úspěšně tuto situaci ustála, bylo asi klíčem k jejímu uzdravení. Postavila se totiž zároveň za sebe a svoje hodnoty a názory, postavila se za svoje činy, a tím se osvobodila od velké části psychického tlaku, který na ní od okamžiku zavržení musel ležet.

Z pohledu rodinné terapie tím dokončila svou separaci od otce v maximální míře, jak to jen jde, když se rodič této separaci dítěte vzpírá. Nemění to samozřejmě nic na tom, že i nadále zůstává rodinná situace neutěšená, což jistě vyvolává smutek, ale pro separovaného jedince, podobně jako pro trosečníka v záchraném člunu, se najednou otevírá možnost se i přes tuto tíhu dostat na ostrov a začít nový vlastní život. V tomto smyslu vnímám velkou část terapie pouze jako přípravu na tento rozhodující okamžik. Pravděpodobnost, že to doopravdy byl klíčový moment, odvozují hlavně z vskutku imponujícího ústupu tělesných příznaků po této události.

Za vedlejší faktory, které přispěly k zlepšení pacientčina stavu, považují kognitivní propojení mezi somatickými příznaky a psycho-sociálními souvislostmi, nahlédnutí transgeneračních souvis-

lostí v obou rodinách a v neposlední řadě nosný terapeutický vztah, ve kterém se, myslím, povedlo vytvořit atmosféru vzájemné důvěry a pozitivního nastavení, že se nám společně podaří s tím trápením něco udělat.

MUDr. Ondřej Masner,

masnerovi@quick.cz



MUDr. Ondřej Masner pracuje jako praktický lékař. Žil a studoval ve Švýcarsku, nyní pracuje v Praze. Věnuje se psychosomatickému přístupu v medicíně, má výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci.

PRAXE



TURČEKOVÁ L.¹: PSYCHOSOMATIKA V DERMATOLÓGII

SOUHRN: Turčeková L.: Psychosomatika v dermatológii, **PSYCHOSOM**, 2012; 10 (2), s. 84-92

Psychosomatické faktory môžu vyprovokovať svrbenie a môžu mať dopad na vnímanie svrbenia, jeho zvládania a správania spojeného so svrbením. Psychický stres môže spôsobiť kožné ochorenie, ako je atopická dermatitída, ktoré môže mať negatívny vplyv na emocionálny, sexuálny a sociálny aspekt života pacienta. Vzťah medzi kožou a psychikou poukazuje na dôležitosť holistického prístupu v starostlivosti o pacientov s kožným ochorením.

Kľúčové slová: psychosomatika, atopický ekzém, psychodermatológia

¹ Psychiatrické oddelenie FNsP, Kapisztóryho 5, 940 01 Nové Zámky

SUMMARY: Psychosomatics in dermatology, PSYCHOSOM, 2012; 10 (2). pp. 84-92

Psychosomatic factors may elicit pruritus and may have an impact on perception of pruritus, on coping with pruritus and on scratching behavior. Psychological stress may affect skin disease such as atopic dermatitis, which can have a negative effect on the emotional, sexual and social aspects of patient's life. The relationship of the skin and the mind illustrates the importance of a holistic approach in caring for patients with skin problems.

Key words: psychosomatic, atopic dermatitis, psychodermatology

ÚVOD

Prepojenosť medzi psychikou a kožou človeka je predmetom záujmu od čias Hippokrata. V posledných rokoch sa spojenie dermatóz so psychosomatikou dostalo do všeobecného povedomia, čoho výsledkom bolo aj etablovanie psychodermatológie v medicíne v roku 1999 (1).

Koža reaguje na vnútorné i vonkajšie podnety. Pre svoje okolie je viditeľná svojou farbou, štruktúrou, či povrchom. Poskytuje priestor, aby sa na nej odrážal náš vzťah k sebe samému, k nášmu telesnému a duševnému obrazu. Odrzkadľuje priania týkajúce sa nášho vzhľadu, spokojnosť či nespokojnosť s tým, ako vyzeráme, s tým, čím sme (2).

Z psychologických faktorov sa na vzniku kožných ochorení podieľajú najmä rôzne potlačené negatívne emócie, napätie,

chronický stres, neriešené intrapsychické konflikty, ako aj patologické sociálne vzťahy či depresivita.

Pri výskyte nejakého kožného deficitu sa pacienti v prvom rade obrátia na svojich ošetrojúcich lekárov. Pacienti povedia svoje somatické ťažkosti, ale o vnútorných pocitoch v súvislosti s ochorením zväčša mlčia. Niektorí prežívajú úzkosti, pocity beznádeje, strachu či hnevu a popri liečbe dermatológom by potrebovali aj pomocnú ruku psychológa. Podľa mnohých odborníkov je poznanie emocionálneho sveta jedinca veľmi potrebné za účelom správneho určenia diagnózy a liečby. V tomto zmysle sa medziodborová spolupráca ošetrojúceho lekára s dermatológom a klinickým psychológom či psychiatrom javí ako nevyhnutná.

VYMEDZENIE POJMU PSYCHOSOMATIKA

Termín psychosomatika je zložený z dvoch gréckych slov „psyché“ – duša a „soma“ – telo, a teda vyjadruje interakciu, prepojenie duševného a telesného (3).

Na súvislosť medzi telom a dušou sa v priebehu storočí nahliadalo rôzne. Starogrécky lekár Hippokratés bol presvedčený, že pocity môžu ovládať jednotlivé orgány: srdce sa v zlosti sťahuje, v radosti rozširuje (4).

Lekár Heinroth použil v roku 1818 prvýkrát vo svojej knihe *Lehrbuch der Störungen des Seelenslebens* (Učebnica porúch duševného života) pojem psychosomatika v súvislosti s poruchami spánku, o ktorých sa domnieval, že sú spôsobené určitými duševnými stavmi a náladami (5).

V nemeckej psychiatrii vtedy bola doba nadvlády tzv. psychikov, ktorí považovali ochorenia duše za trest za previnenie, za hriešnosť. Podobne nazerali i na ochorenia tela. Ak dostal človek epilepsiu, tuberkulózu či rakovinu, bol to dôsledok jeho viny. V tej dobe, samozrejme, za najhoršiu vinu považovali sexuálne prehrešky.

Moderná psychosomatika sa zrodila z práce Sigmunda Freuda a jeho žiakov, ktorá ukázala, aký veľký význam má duša pri vzniku a vývoji telesných porúch. Freud však sám nenavrhol žiadne špeciálne psychosomatické teórie ani terapeutické koncepcie.

V roku 1927 Deutsch znovu zaviedol pojem psychosomatika a pokúsil sa sformulovať i jej základnú koncepciu. Rozšíril Freudovu koncepciu konverzie i mimo rámec neuróz, na psychosomatické, ale i na ďalšie somatické ochorenia (6).

Najvýznamnejšia psychoanalytická koncepcia psychosomatických porúch pochádza z pera Franza Alexandra, nemeckého internistu a psychoanalytika, ktorý v roku 1950 vydal svoje dielo *Psychosomatische Medizin* (Psychosomatické lekárstvo). Popisuje v ňom sedem základných somatických ochorení, medzi ktoré patrí: peptický vred, bronchiálna astma, vysoký krvný tlak, reumatická artritída, migréna, colitis ulcerosa a neurodermatitis. Alexander sa pokúsil o spojenie prírodovedeckej medicíny so psychoanalýzou. Zdôraznil jednotu tela a duše (7).

Křivohlavý (2003, s. 22) definuje psychosomatickú medicínu ako „vedný odbor, ktorý vznikol z poznania, že fyzické (telesné) choroby majú svoje emocionálne a psychické zložky (komponenty) a že psychologické a somatické faktory sú spolu v interakcii tam, kde vznikajú choroby“.

V súčasnosti možno na psychosomatiku nazerať z dvoch perspektív. Morschitzky a Sator (2007, s. 15) uvádzajú, že „psychosomatika je taký nadodborový základný postoj a pohľad na diagnostiku a terapiu ochorení, pri ktorých sa berú do úvahy rovnakou mierou faktory telesné, duševné i psychosociálne. V tomto zmysle je psychosomatika interdisciplinárnym konceptom. Nespočíva teda v tom, že by určité ochorenia považovala za „psychosomatické“, a tie by tvorili obsah psychosomatického odboru. Psychosomatické aspekty môžu mať svoj význam pri najrôznejších telesných poruchách, ktorými sa zaoberajú lekárske odbory“.

Na druhej strane autori psychosomatiku vymedzujú aj ako „samostatný klinický

odbor a smer výskumu. Jeho jadrom je skúmanie a liečba vzájomného pôsobenia tela a duše pri určitých ochoreniach. V tomto zmysle tvorí psychosomatický pohľad na ochorenia a zodpovedajúca terapia samostatný lekársky odbor, ktorý sa praktizuje na príslušných oddeleniach nemocnice, na univerzitných klinikách i na špeciálnych psychosomatických klinikách“.

Všeobecne je prijímaná definícia, že „psychosomatika sa zaoberá psychickými príčinami, sprievodnými a následnými prejavmi telesných porúch, pôsobením týchto porúch na pacientovo psychosociálne okolie a na vzťah medzi pacientom a terapeutom alebo lekárom“.

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY A OCHORENIA

Psychosomatické ochorenia alebo poruchy sú výsledkom interakcie mnohých organických, psychologických determinánt a faktorov prostredia. Sú výsledkom chronicky vystupňovaného fyziologického výrazu emócií až na patologickú úroveň. Jedinci so psychosomatickým ochorením prejavujú väčšiu zraniteľnosť vo vzťahu k emocionému vzrušeniu. Predispozícia k psychosomatickým reakciám je pravdepodobne i geneticky determinovaná a ovplyvňovaná zážitkami nielen z raného detstva, ale aj významnými udalosťami v priebehu formovania osobnosti.

Psychosomatické poruchy majú spĺňať jeden alebo štyri z nasledovných atribútov (6):

1. etiológiu, ktorá môže byť priamo spojená s predchádzajúcimi psychologickými udalosťami alebo charakteristikou chorého,
2. priebeh ochorenia je významne ovplyvnený psychologickými faktormi,

3. primárny symptóm, ktorý má priamy vzťah k jednému psychologickému faktoru,
4. príznaky, ktoré sú neprimerane intenzívne a manifestujú sa v somatickom kontexte.

Od Alexandrovej doby rozlišujeme v najvšeobecnejšom zmysle štyri hlavné skupiny psychosomatických chorôb rôznej závažnosti (4):

1. poruchy celkovej telesnej schémy (neorganické telesné symptómy bez funkčných alebo somatických príčin, viac menej nepovažované za chorobu),
2. funkčné poruchy (primárne neorganické poruchy považované za chorobu),
3. psychosomatické poruchy v užšom zmysle (organické choroby vyvolávané alebo posilňované psychosociálnymi faktormi),
4. somatopsychické choroby (organické ochorenie so psychosociálnymi následkami).

Psychologický význam kože vyplýva z jeho funkčnej činnosti. Je to orgán hraničný, ako aj orgán kontaktu s prostredím. Na koži možno vidieť zmeny spôsobené emočným prežívaním jedinca. Zmena pokoja a napätia vedie cez vegetatívny systém k zmene prekrvenia pokožky, čoho dôsledkom býva začervenanie, zblednutie, či potenie.

Psychosomatika v dermatológii zahŕňa všeobecné pojmy psychosomatiky: somatizácia psychologického problému, psychosomatická anamnéza, ale aj špeciálne pojmy psychodermatológie, ako je význam mimoslovnej komunikácie, viditeľnosť kožných reakcií vyvolaných emóciami, hmatové vnímanie kože, sexuálna funkcia kože, vývoj od bežnej starostlivosti k prehnanej, ktorá ju poškodzuje (9).

U psychosomatických pacientov s kožným ochorením možno pozorovať somatizáciu psychických i sociálnych problémov, alexithýmiu, hostilitu, pokles sebedomia, problematické interpersonálne vzťahy, autoakuzácie a frustráciu. Niektorí pacienti môžu byť úzkostní a obávajú sa sociálnej izolácie (10).

Psychodermatózy rozdeľujeme do troch skupín (6):

1. Stav výhradne psychického pôvodu. Sem patria bludné predstavy súvisiace s kožou, obsesívne myšlienky (kancerofóbia, parazitofóbia a ďalšie).
2. Stav, u ktorých sa predpokladajú silné psychogénne faktory. Napríklad

chronická žihľavka, alopecia areata, či hyperhidróza.

3. Stav pravdepodobne závislé na vrodených faktoroch alebo na vplyvoch prostredia, ktorých priebeh môže byť ovplyvnený emočnou záťažou. Sem patria ochorenia ako lupienka, atopický ekzém, acne vulgaris.

Psychosomatické vzťahy pri atopickej dermatitíde

Atopický ekzém patrí medzi najčastejšie kožné ochorenia a od vzniku psychosomatiky ako vedného odboru je zaradený medzi sedem klasických psychosomatických ochorení. Jeho názov pochádza z gréckeho slova „ekzeo“, ktoré označuje niečo, čo vyviera alebo vybubláva na povrch. Tento pojem dobre vystihuje zápalový charakter a typický vzhlľad počiatočného vývojového obdobia (11).

Pri atopickom ekzéme ide o chronické, neinfekčné, zápalové ochorenie kože, ktoré sprevádza silný pocit svrbenia a často dochádza k recidíve. Ochorenie je často dedične podmienené a mnohokrát sa združuje s inými atopickými ochoreniami.

Atopický ekzém sa väčšinou objavuje v 6 veku dieťaťa. Do dospelosti perzistuje 30% prípadov, prevalencia v dospelaj populácii je 3–5%. Z nepriaznivých faktorov k vzniku ekzému prispieva aj pozitívna rodinná anamnéza, skorý vznik ochorenia v dojčeneckom veku, ťažší priebeh ochorenia v detstve, ako aj prítomnosť respiračného ochorenia (12).

V psychologickej etiológii sa u pacientov predpokladá silná symbiotická väzba na matku, pričom materská starostlivosť býva väčšinou hyperprotektívna, čo dieťa frustruje a stiesňuje a má tendenciu svoje napätie ventilovať škrabaním.

Existujú aj rôzne charakterológie pacientov trpiacich atopickou dermatitídou. Možno ich opísať ako napätých, popudivých, nepokojných, nedostatočne komunikatívnych s prebujnelou fantá-

ziou, prekompenzovaným intelektom, so slabou vôľou a chýbajúcou silou presadiť sa.

Na nasledujúcej kazuistike sa pokúsime priblížiť psychický stav pacientky trpiacej atopickou dermatitídou a zároveň poukázať na jednotlivé psychosomatické súvislosti.

KAZUISTIKA

Meno: Lucia K., vek: 28, stav: slobodná, vzdelanie: VŠ, zamestnanie: ekonómka

Rodinná anamnéza

Pacientka žije s matkou. Je jedináčik. Rodičia sa v jej 6. rokoch rozviedli. Do 15. rokov bývali aj so starou matkou, s ktorou mala veľmi blízky vzťah.

Matka – vysokoškolsky vzdelaná, podnikateľka. Pacientka opisuje matku ako energickú, výbušnú, citlivú. Bola veľmi hyperprotektívna, stále sa o ňu nadmerne starala, bála. V poslednej dobe udáva častejšie konflikty.

Otec – vysokoškolsky vzdelaný, podnikateľ; submisívny, ovplyvniteľný, vo vypätých situáciách je prítomná tendencia k agresívnemu konaniu. Nebol pre pacientku autoritou. Po rozvode sa stretávali, ale v období puberty si našiel mladú priateľku, tak sa vzťah zhoršil. V súčasnej dobe sa vzťah opäť zlepšuje, otec pacientku pravidelne navštevuje.

Kožná anamnéza rodičov: hereditárna záťaž nie je známa.

Kontakt so psychológom: počas opakovaných hospitalizácií a kúpeľných liečení sa okrem súčasného stretnutia pacientka nedostala do kontaktu so psychológom a nebola jej poskytnutá ani možnosť psychoterapeutického rozhovoru.

Osobná anamnéza

Škôlka, základná škola:

Pacientka od narodenia trpela atopickým ekzémom, rodičia sa báli mať ďalšie dieťaťa, nakoľko ochorenie mohlo byť dedičné. V škôlke boli pre ňu značne stresujúce časté pobyty v nemocniciach, na liečebných pobytoch. Pri prechode do školy ťažko znášala výsmech zo strany detí. Kamarátla sa väčšinou s chlapcami, lebo pociťovala závisť zo strany dievčat. Vlasy nosila spustené do tváre, tým si maskovala ekzém.

Stredná škola:

Na gymnáziu bolo silné očakávanie, či ekzém zmizne, alebo bude pretrvávať. Pacientku veľmi zaťažovalo silné svrbenie, narušenie spánku, z čoho vyplývala vyššia iritabilita, nervozita

v priebehu dňa. Naďalej boli adaptačné problémy v dievčenskom kolektíve – závisť, časté konflikty doma. Objavili sa prvé suicidálne myšlienky. Venovala sa športu, mala veľa kamarátov opačného pohlavia.

Partnerský vzťah: prvý vzťah trval 3 roky a skončil sa pre neveru zo strany partnera.

Vysoká škola:

Po nástupe na VŠ sa objavil silný ekzém, stránila sa ľudí, mala pocit, že každý na ňu zazerá. Najhoršie prežívala svrbenie, pociťovala vnútorné napätie, hnev, že nemôže byť súčasťou bežného života. Znervózňovala ju otázka ľudí, či je ekzém nákazlivý. Ľudia sa toho báli. Vyskúšala okrem dermatológa aj rôzne bylinky, kúpele, homeopatiká, čínsku medicínu, detoxikačné kúry. Ekzém sa zhoršil najmä na krku, tvári a v záhyboch rúk. Taktiež postrehla zhoršenie stavu pri nervozite, strese, počas menštruácie.

Partnerský vzťah: Mala priateľa, ktorý jej po pol roku oznámil, že má aj inú partnerku. Na pacientku to bol veľký nápor, nasledovalo rozhodovanie, či vo vzťahu budú pokračovať alebo nie.

Výsledky psychologického vyšetrenia

MMPI – najvyšší zdvih v škále psychopatie, psychasténie a mánie. Mierny zdvih v oblasti schizofrenie a depresie.

SCL 90 – zvýšenie možno pozorovať vo všetkých škálach. Dominuje škála hostility, depresie, paranoidity a anxiózy.

Dotazník o zdravotnom stave SF – 36

Pacientka hodnotí svoje zdravie ako zlé. Najviac ju zdravotné ťažkosti obmedzujú pri usilovných činnostiach, ako je beh, zdvíhanie ťažkých predmetov a vykonávanie náročných športov. Kvôli emocionálnym ťažkostiam (úzkosť, depresia a pod.) v posledných 4 týždňoch skrátila čas, ktorý mala venovať práci alebo inej činnosti. Urobila menej ako chcela a bola pri práci menej pozorná ako obvykle. Pacientka uvádza, že v posledný mesiac bola väčšinou nervózna, pociťovala pesimizmus, smútok, nikto ju nevedel rozveseliť. Málokedy pociťovala klud a pohodu.

Dotazník kvality života

Nespokojnosť bola vyjadrená v nasledovných oblastiach:

- 1) Nespokojnosť so svojim zdravím
- 2) Nespokojnosť so svojim spánkom
- 3) Nespokojnosť s podmienkami v mieste, na ktorom žije
- 4) Nespokojnosť s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti

Pacientka uviedla, že celkom často (z možností: neustále, celkom často, stredne, niekedy, nikdy) prežíva negatívne pocity, ako je napr. podráždenosť, beznádej, úzkosť, depresia.

Dermatologický index kvality života

Pacientka dosiahla 19 bodov z celkového počtu 30, čo poukazuje na zníženú kvalitu života.

ZHRNUTIE

Pacientka od detstva trpela atopickým ekzémom. Po rozvode rodičov bola vychovávaná hyperprotektívnou matkou. Rozvod ako aj smrť starej matky, s ktorou mala blízky vzťah, možno vnímať ako tragickú, stresujúcu udalosť v jej živote. Prítomné boli časté hospitalizácie v nemocnici. V škole mala adaptačné ťažkosti kvôli ochoreniu, ale aj kvôli nadštandardnému materiálnemu zabezpečeniu. V priebehu puberty nastalo opätovné sklamanie, pretože ochorenie pretrvávalo. Taktiež prvý vážny vzťah bol ukončený z dôvodu odhalenej nevery zo strany partnera. Na VŠ sa stupňovali konflikty s matkou. Následne vytvorený partnerský vzťah viedol vďaka neúprimnosti zo strany partnera k opätovnému nadmernému stresu. Ďalšie sklamanie nastalo po ukončení VŠ, kedy pacientku neprijali na interné doktorandské štúdium a musela sa vrátiť do rodného mesta. Aktuálne pacientka opäť čelí nadmernej hyperprotektívnej starostlivosti zo strany matky, ktorá hľadá najlepšie riešenia liečby jej ochorenia.

Z vyššie uvedeného vyplýva, že v živote pacientky sa vyskytli opakované tragické udalosti, sklamania, neúspechy, ktoré

ZÁVER

Kazuistika poukazuje na vzájomné prepojenie psychiky a kožného ochorenia. Pretrvávajúci atopický ekzém mohol byť dôsledkom narušených vzťahov so významnými osobami a dlhotrvajúcej nespokojnosti pacientky, ako aj neschopnosti adekvátne zvládať záťažové situácie. Prítomné bolo aj depresívne, úzkostné reagovanie na zhoršenie stavu pokožky. Pacientka sa

viedli k chronickému prežívaniu stresu. Možno pozorovať určitú patológiu vo vzťahu matka – dieťa. Pacientka sa snaží vymaniť z ochranej starostlivosti matky a osamostatniť sa, čo sa jej však nedarí a vyvoláva to v nej vnútorné napätie, frustráciu a hostilitu.

V klinicko-psychologickom obraze pacientky dominuje napätie, nervozita, vnútorná úzkosť a ustarostenosť. Kombinácia zvýšených škál odzrkadľuje chránenie sa pred okolím formou rebelie u jedinca so skonom ku konfliktom s okolím, čím poškodzuje seba aj rodinu, je prítomné riziko suicidálneho konania. Psychasténické tendencie sa prejavujú miernym poklesom nálady, nezdôvodnenou obavnosťou, nedostatkom sebaistoty, neschopnosťou koncentrácie. Môže byť prítomný sklon k izolácii v koincidencii s adaptačnými ťažkosťami. Kognitívne procesy sú ovládané nedôverou voči iným. Kvalita života je znížená, nakoľko dermatologické ochorenie obmedzuje pacientku vo viacerých oblastiach a spôsobuje jej aj emočné utrpenie.

takto dostala do bludného kruhu – stres spôsoboval zhoršenie príznakov a zhoršenie príznakov spôsobovalo stres, čo viedlo k zhoršeniu celkovej kvality života a pretrvávaniu psychických symptómov.

Napriek tomu, že pri terapeutickom liečení dermatologických ochorení je potrebná skromnosť, nakoľko ide o chronické, multifaktoriálne podmienené ochorenie,

predpokladáme, že psychoterapeutická práca s pacientkou by mohla napomôcť

k zlepšeniu jej celkového psychického i fyzického stavu.

Použitá literatúra

1. CVIKOVÁ, V. *Psychosomatika kožných a gastrointestinálnych ochorení*, In: Heretik, A. a kol. *Klinická psychológia*, 2007. Nové Zámky: Psychoprof.
2. PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, 2002. Praha: Triton.
3. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*, 1998. Praha: Academia.
4. MORSCHITZKY, H., SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky*, 2007. Praha: Portál.
5. DANZER, G. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla a duše*, 2001. Praha: Portál.
6. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*, 1993. Praha: Grada.
7. VACEK, J. *O nemocech duše. Kapitoly z psychiatrie*, 1996. Praha: Mladá fronta.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, 2003. Praha: Portál.
9. BLAHOVÁ, K. *Psychosomatické problémy pacientov s kožnými ochoreniami*. *Sestra*, 2003; 2, (10): 17–19.
10. PÁNKOVÁ, R. *Psychosomatická dermatovenerologie*. *Psychosomatická medicína*, 2004; 3.
11. ČAPKOVÁ, Š., ŠPIČÁK, V., VOSMÍK, F. *Atopický ekzém*, 2009. Praha: Galén.
12. BENÁKOVÁ, N. *Léčba atopické dermatitidy/ekzému u dospělých*. *Dermatológia pre prax*, 2007; 2: 70–75.

Informácie o autorce:

Pracujem ako psychológ na psychiatrickom oddelení Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Nových Zámkoch. Zároveň pokračujem v externom doktorandskom štúdiu na Trnavskej univerzite v Trnave. e-mail: turcekova@centrum.sk

Do redakce přišlo 3. 7. 2011

Recenze: 29. 8. 2011

Do tisku zařazeno: 25. 5. 2012



TEORIE



STACKEOVÁ D., BLAŽKOVÁ K.¹: MOŽNOSTI VYUŽITÍ BIOENERGETICKÉ ANALÝZY VE FYZIOTERAPII

SOUHRN: Stackeová D, Blažková K.: Možnosti využití bioenergetické analýzy ve fyzioterapii, PSYCHOSOM, 2012;10(2), s.93-110

Pochopení pacientovy osobnosti dává terapeutovi prostor k tomu, aby optimálně zvolil fyzioterapeutickou techniku v intencích individuality jedince. Nejde jen o jeho psychické vlastnosti, ale i o pochopení možných psychosomatických jevů, a v tom nám mohou pomoci poznatky některých moderních psychoterapeutických technik, které pracují s tělem a bývají souhrnně označovány jako somatopsychoterapie. Mezi takové techniky patří i bioenergetická analýza, které je věnována tato práce. V jejím úvodu přinášíme základní informace o bioenergetické analýze jako specifické psychoterapeutické technice, a poté se věnujeme možnostem jejího využití ve fyzioterapii. Cílem práce bylo zhodnotit bioenergetickou analýzu z pohledu fyzioterapeuta, a poté navrhnout možné využití celé metody nebo jejích prvků ve fyzioterapii. Využití celé metody se ukázalo jako poměrně komplikované, z více důvodů. Využití jednotlivých prvků jak diagnostiky, tak terapie může být ovšem pro práci fyzioterapeuta podle našeho názoru velmi přínosné, obzvláště

¹ Katedra fyzioterapie FTVS UK, Praha, Česká republika

u těch pacientů, u kterých hrají psychické faktory významnou úlohu ve vzniku jejich obtíží.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bioenergetická analýza, somatopsychoterapie, psychosomatika, fyzioterapie, svalový krunýř

SUMMARY: Stackeová D., Blažková K.¹: Options for Bioenergetic Analysis Application in Physiotherapy; PSYCHOSOM, 2012;10(2), pp. 93-110

SUMMARY: Understanding the patient's personality gives the therapist space to choose an optimal physiotherapeutic technique within the intensions of specimen individuality. It is not only the question of their mental qualities, but also understanding the potential psychosomatic phenomenon in which knowledge of some modern psychotherapeutic techniques can help us. These techniques work with the body and are usually referred to as somatopsychotherapy. Such techniques include bioenergetic analysis to which this work is devoted. The introduction brings some basic information on bioenergetic analysis as a specific psychotherapeutic technique and then we focus on the options of its use in physiotherapy. The aim of this study was to evaluate bioenergy analysis from the perspective of the physiotherapist and then suggest a possible application of the whole method or its elements in physiotherapy. The application of the method as a whole proved to be quite complicated for several reasons.

However, in our opinion, the application of individual elements, both diagnostics and therapy, can be rewarding for the work of a physiotherapist, especially at those patients at whom psychological factors play an important role in the development of their difficulties.

KEY WORDS: bioenergetic analysis, somatopsychotherapy, psychosomatics, physiotherapy, muscular armour

ÚVOD

Pochopení pacientovy osobnosti dává terapeutovi prostor optimálně zvolit fyzioterapeutickou techniku v intencích individuality jedince. Nejd jen o jeho psychické vlastnosti, ale i o pochopení možných psychosomatických jevů, a v tom nám mohou pomoci poznatky některých moderních psychotherapeutických technik, které pracují s tělem a bývají souhrnně označovány jako somatopsychoterapeutické techniky,

tělová psychoterapie nebo psychoterapie zaměřená na tělo. Mezi takové techniky patří i bioenergetická analýza (dále BA), které je věnována tato práce. Jejím cílem je zhodnotit bioenergetickou analýzu z pohledu fyzioterapeuta, a poté navrhnout možné využití celé metody nebo jejích prvků ve fyzioterapii. V úvodu práce přinášíme základní informace o bioenergetické analýze, a poté se věnujeme možnostem jejího využití ve fyzioterapii.

BIOENERGETICKÁ ANALÝZA

Bioenergetická analýza je psychoterapeutická metoda zaměřená na tělo, to znamená, že s cílem ovlivnit psychiku používá (mimo jiné) metody práce s tělem – pracuje se svalovým napětím, dýcháním apod. Psychoterapie zaměřená na tělo vychází z předpokladu, že řada našich tělesných obtíží má příčinu v oblasti psychiky. Například jedinec, který prožije, nejčastěji v dětství, traumatickou událost, si na ni často nepamatuje nebo jí není schopen plně porozumět, a v období dospělosti pak může být sužován nepříjemnými tělesnými pocity, které nejsou plně integrovány, a vzpomínkami, které nejsou vědomě slovně vyjadřovány. Psychoterapie zaměřená na tělo se snaží výše popsáním souvislostem porozumět a léčit je na základě principu tělo-mysl-duše jako neoddělitelné jednoty, ve které každá složka ovlivňuje ostatní a terapeutické zásahy do jedné modality mohou mít vliv na ty ostatní. Bioenergetická analýza na rozdíl od většiny ostatních psychoterapeutických technik považuje psychologické intervence bez odpovídajících změn v těle za intervence, které mají jen krátkodobý účinek.

Dříve byly jako tělová psychoterapie označovány techniky jako Gestalt terapie, Feldenkreisova metoda či Alexandrova technika. Tyto techniky byly později syntetizovány Ilanou Rubenfeld do nové Psychoterapie zaměřené na tělo, přijaté European Association for Psychotherapy za vědecky platnou. Jde o kombinaci různých technik, která vychází z celotělových psychoterapeutických postupů, vznikajících na neurovědeckém podkladě (Young, 2011). Dle Friedmana, Glazera (2010) se bioenergetika od ostatních směrů tělové psychoterapie liší

tím, že považuje za zásadní utvářet fyzické změny v souvislosti s psychodynamickým principem charakteru, aby mohly být integrovány trvale. BA je indikována především dospělým jedincům, trpícím neurotickým a psychosomatickým onemocněním.

Bioenergetická analýza tak, jak je praktikovaná v dnešní době, zahrnuje dvě formy terapie. První z nich jsou individuální sezení, která jsou kombinací práce s tělem a klasické psychoanalýzy. Nejčastěji se sezení s klientem zahajuje sdělením, co se v jeho životě odehrává, ať už je to úzkost, deprese, nebo štěstí, úspěch. Pokud jsou pocity negativní, terapeut se snaží rozpoznat, jakým způsobem se takové emoce manifestují na těle jedince.

V bioenergetických skupinách se terapeut snaží pomoci jednotlivcům, aby se naučili, jak jejich emoce ovlivňují jejich těla a jak je jejich fyzické napětí ve vztahu s emocionálními situacemi, které prožívají v každodenním životě. Skupinová cvičení jsou méně soukromá a mají zejména preventivní charakter. Délka terapie je obvykle tři nebo čtyři měsíce dle aktuálního problému jedince.

Bioenergetickou analýzu vyvinul Alexander Lowen, který se narodil v roce 1910 v New Yorku. Experimentoval s progresivní svalovou relaxací a jógou, ale nebyl s těmito přístupy zcela spokojen. Poté se Lowen seznámil s Wilhelmem Reichem a stal se reichiánským trenérem. V roce 1951 úspěšně dokončil studium medicíny ve Švýcarsku a vrátil se do USA. V roce 1956 založil Institut Bioenergetické analýzy (Good, Rabinowitz, 1992).

Alexander Lowen vycházel ve svém terapeutickém přístupu z práce zmíně-

ného Wilhelma Reicha, který v USA r. 1950 založil kliniku pro výzkum dětství. Zdůrazňoval důležitost brzkého kontaktu matky a dítěte v podobě dotykové interakce, očního kontaktu a tvorby empatické vazby pro další psychodynamický vývoj (Boadella, 2009). Navázal na Freudovy myšlenky o těle a libidu, a nakonec se stal nejdůležitějším průkopníkem Psychoterapie zaměřené na tělo (Eiden, 2010). Ústředním tématem Reichova přístupu, a možná i jeho nejdůležitějším teoretickým přínosem, byl koncept „svalového krunýře“ (viz další text). Reich tvrdil, že neurotické řešení dětského pudového konfliktu (chronický konflikt mezi požadavky pudů a proti nim stojícími požadavky sociálního světa) je dosaženo pomocí všeobecné změny ve fungování člověka, která nakonec krystalizuje do neurotického „charakteru“ (Boadella, 2009).

V bioenergetice je zásadní pozorování těla. V literatuře se často objevují popisy Lowenova pozorování tělesných struktur (postury) a funkce (pohybu), kdy pozorováním jedince téměř neomylně dokázal přechít klíčové aspekty jeho života i jeho historie, to vše bez použití slov. Čerpal v tomto případě z Reichovy práce s chronickým svalovým napětím jako první linií proti ohrožujícím pocitům. Bioenergetika vychází z před-

pokladu, že jedinec, nejčastěji v dětství, kontrahoval svaly a omezil dýchání, aby se vypořádal s náročnou situací, kterou nebyl schopen přemoci. Lowen popsal základní tělesná cvičení a pozice, které jsou dnes standardními základními terapeutickými technikami v bioenergetice. Tato cvičení mohou rychle navodit nejružnější druhy vibrací, chvění, pulzací a proudění energetického toku, odhalí omezení v dýchačím cyklu a chronické svalové napětí. Lowen se velmi zaměřuje na spojení a kontakt se zemí prostřednictvím pánve, nohou a chodidel. Tato cvičení jsou nazývána grounding neboli uzemňování. Grounding se stal těžištěm bioenergetické terapie. Smith (2007) jejich opodstatnění vysvětluje tím, že aby byl organismus schopen „ustát“ silný energetický náboj a silné vybití (energeticky vyjádřit emoce), musí být tělo dobře uzemněné (mít silný podpůrný kontakt se zemí). Další typická bioenergetická cvičení jsou expresivní cvičení (např. kopání nohama, údery rukama do gauče spolu s verbálními projevy). Brown (1973) vysvětluje, že spontánní projevy jako např. křik, které u těchto cvičení vznikají, jsou terapeuticky žádoucí, protože pacientovi umožní opustit svou obvyklou kontrolu a uvolní velké množství energie spolu se svazujícími negativními emocemi.

POJETÍ ENERGIE V BA

Pla (2009) vysvětluje, že bioenergetika pracuje s konceptem, ve kterém druh energie můžeme vidět např. jako barvu a kvalitu pokožky, živost nebo její nedostatek v těle a v očích, kvalitu hlasu, dýchání, pohybu a také emocionální úroveň v souvislosti s vyjadřováním pocitů. Lowen (2009) doplňuje, že

nejíme zvyklí vidět osobnost z hlediska energie, a přitom jsou obě od sebe neoddelitelné. Kolik energie člověk má a jak ji použije, o tom rozhodne jeho osobnost, ve které se tato energie opět odráží. Impulzivní jedinec není např. s to zadržet stoupající vzrušení nebo energii

a musí přebytek co možná nejrychleji vybit.

Bioenergetika používá k pozvednutí hladiny energie vzájemně související děje, tj. nabíjení a vybíjení. Ty člověku umožňují nejen zvýšení hladiny energie, ale také sebevyjádření a proudění pocitů v těle. Důraz neustále leží na dechu, emocích a pohybu (Lowen, 2009).

Lowen ve své knize Bioenergetika (2009) vysvětluje vztah mezi energií a osobností na depresivních lidech, kteří dělají mnohem méně spontánních pohybů než nedeprativní lidé, dýchají pomaleji, mají sníženou chuť k jídlu a velmi zesláblý sexuální pud. Jako nutný počáteční krok v terapii vidí právě aktivaci dýchání, aby se pozvedla hladina energie, další kroky musejí být v souladu s analýzou dalších možných faktorů, které jedince deprimují.

V bioenergetice hraje rovnováha mezi nabitím a vybitím zásadní roli, je-li tato rovnováha narušena, může vznikat úzkost. Jak Lowen popisuje, v terapii se často stává, že důsledkem hlubokého prodýchávání stoupá v organismu energie nebo vzrušení, jež dotyčný nemůže emocionálně vybit, a protože je brzděn ve svém sebevyjádření, začne být nervózní a cítí se stísněně. Tento stav se upraví, je-li mu umožněno se efektivně vybit, ať už např. pláčem nebo zlostí, v opačném případě musí své dýchání omezovat.

Ego-obranné mechanismy

Práce s obrannými mechanismy osobnosti patří k ústředním tématům dynamické psychoterapie. Svůj význam má však také v jiných psychotherapeutických přístupech, neboť defenzivní mechanismy pacientů (a mnohdy i psychotherapeutů) se uplatňují jak na sezení, tak mimo ně. Jedním ze žádoucích efektů psychoterapie je dostat

tyto mechanismy pod kognitivní a afektivní kontrolu. Práce s typickými obrannými klienty nám dává nahlédnout do jeho způsobů vyrovnávání se s životními problémy. Pozitivní psychodynamická terapie poskytuje návod jak s nimi pracovat a tvořivě využít vnitřní zdroje klienta.

Bioenergetika se ovšem nezaměřuje pouze na tyto mechanismy, ačkoli jsou samozřejmě velmi důležité. Lowen (2009) zdůrazňuje, že můžeme člověku sice pomoci, aby si udělal jasno v tom, že tihne ke lži, k projekci, k odmítání pocitu viny nebo racionalizaci, ale toto uvědomění působí jen velmi vzácně na svalové napětí a nedovolí skoro nikdy, aby vyšly na povrch potlačené emoce. Fyzioterapeut se s těmito obrannými mechanismy nejčastěji setkává při vstupním rozhovoru – anamnéze. Při vstupním pohovoru by neměl věnovat pozornost pouze informacím, které se týkají zdravotního stavu pacienta, ale rovněž by měl věnovat pozornost způsobu, jakým pacient informace sděluje, jeho obranným mechanismům. Jak popisuje Véle (2006), zkušenost ukazuje, že anamnéza se podílí nejméně padesáti procenty na konečné diagnóze.

Chronické svalové napětí

Ve fyzioterapii se pod pojmem svalové napětí neboli svalový tonus dle Véleho (2006) rozumí proměnlivé napětí ve svalu závislé na stavu CNS, související palpačně s konzistencí svalu a turgorem (napětím) okolních tkání. Vysvětlení pojmu chronické svalové napětí z pohledu bioenergetiky podává Lowen následovně. Člověk je blokován, dostane-li se do emocionálního konfliktu, který ho ochromí a znemožní mu každou účinnou aktivitu zaměřenou k dosažení změny situace. Zábrany tohoto druhu mohou být vědomé a nevědomé. Každá vědomá nebo

nevědomá zábrana omezuje svobodu pohybu ve všech oblastech – tedy nejen ve sféře, která souvisí s původním konfliktem. Když si člověk konflikt uvědomí, ale nedovede jej řešit, cítí se jím brzděn. Nevědomé zábrany se jako všechny emocionální konflikty strukturují do podoby chronického svalového napětí v těle (2009). Reich tento druh chronického svalového napětí nazval svalový krunýř. Smith (2007) doplňuje, že když se uvolní svalové napětí, objeví se jeden ze tří druhů biologického vzrušení: úzkost, vztek nebo sexuální vzrušení. Dle Lowena (2009) se toto napětí objevuje ve svalstvu brady, krku, svalech ramen, hrudníku a zádovém svalstvu, svalstvu břicha i svalstvu v pánevní oblasti a je výsledkem emocionálních konfliktů, které mohou zasahovat až do našeho dětství a jež mají blokovat a kontrolovat ty impulzy, s nimiž se člověk nechce vyrovnávat. V bioenergetice se tedy terapeut nezaměřuje pouze na psychoverbální terapii, tzn. ego-obranné mechanismy, ale pracuje i s výše popsaným chronickým svalovým napětím, které terapeutovi umožní uvolnit potlačované emoce. Jak zdůrazňuje Lowen (2009), nemůžeme hovořit o pravé terapii, pokud bychom se zabývali pouze svalovým napětím, aniž bychom analyzovali psychické obranné mechanismy nebo aktivovali potlačené emoce.

Práce s úzkostí v BA

Popsané obranné mechanismy mají za úkol chránit člověka před úzkostí. Z pohledu bioenergetiky dle Lowena (2009) způsobují úzkost všechny okolnosti, které překážejí v činnosti životně důležitým funkcím organismu. To znamená, že úzkost může vyvolat např. i každá překážka v procesu dýchání, protože dýchání je pro člověka stejně důležité jako např. krevní oběh. Také Freud znal souvislost mezi

dechovými potížemi a úzkostí. Tyto souvislosti popisuje Lowen (2009) tak, že napětí, jež se hromadí, překáží dechovému procesu a vyvolává úzkost. V bioenergetice se používá pojem úzkost z pádu, která souvisí se základními charakterovými typy, jež Lowen popsal. Úzkost z pádu se u jednotlivých charakterových typů projevuje specificky. Lowen vysvětluje, že úzkost z pádu pro schizoidní charakterovou strukturu představuje např. „soudržnost“ – schizoid se bojí, že jakmile by se uvolnil nebo zbavil křečovitosti, „rozpadl by se“. Orální charakter spojuje úzkost z padání s úzkostí ze samoty. U psychopatického charakteru má úzkost z pádu stejný význam jako úzkost ze selhání, pro člověka s masochistickým charakterem padání znamená, že se pod ním rozevívá půda, a u rigidního charakteru vede pád ke ztrátě pýchy. Obecně lze říct, že padání představuje pro každého pacienta rozpad vnitřní soudržnosti, tedy ochranného valu. Protože si zřídil tento val jako mechanismus přežití a záruku jisté míry kontaktu, samostatnosti a svobody, ožíví kapitulace úzkost původní, která vlastně vedla k jejímu vzniku.

Diagnostika v BA

Bioenergetická analýza využívá k diagnostice čtení těla a charakterovou typologii. Při čtení těla vychází z gestické a posturální komunikace. Charakterová typologie je členěna do pěti obecných charakterových typů. Každý z nich představuje v psychologické a svalové rovině specifický obranný vzorec, který jej odlišuje od ostatních typů. Nejde o třídění lidí, ale o třídění obranných postojů (na tomto místě to podrobně nerozvádíme, tato typologie je poměrně složitá a vyžaduje hlubší psychologickou erudici).

Porozumění posturální a gestické komunikaci se děje také v našem každodenním životě, kdy mnoho základních zkušeností popisujeme prostřednictvím výrazů souvisejících s tělem, jazyk tedy ukazuje, že jsme si těchto významů v určité míře vědomi tím, že tyto postoje a gesta běžně slovně popisujeme. Nejčastěji to jsou: drží hlavu vzhůru, zatnul zuby, zavírá před tím oči, svěsil hlavu, napřímil se, drží to pevně v rukou, má stažený zadek, hrbí se před někým, podlamují se mu kolena, stojí nohama pevně na zemi (Keleman, 1985).

Velká část posturálního a gestického chování se odehrává mimo vědomí nebo pouze s vágním uvědoměním. Pro člověka je charakteristické, že se primárně zaměřuje na verbální vyjádření, a tak ignoruje pozici a pohyby svého těla (Keleman, 1981). Ukazuje to, jak popisuje Smith (2007), že kinetické chování, které je méně pečlivě vnímáno a korigováno, je přesnějším ukazatelem skutečně prožívaných pocitů. Protože zatímco si člověk bedlivě všímá slov a snaží se je pečlivě volit, aby vystihl jemné nuance, nevěnuje pozornost svým postojům a gestům, čímž si dává příležitost k autentickému projevu. Fyzioterapeutovi se tedy rozkrývá prostor pro odhalení skutečně prožívaných pocitů pacienta a dle toho pak možnost modifikace terapie.

Míru, s níž si člověk uvědomuje význam těchto projevů, popisuje Smith (2007) v pořadí od nejvyšší po nejnižší: pantomimická gesta, nepantomimická komunikační gesta, pohyby nesoucí informaci, tělesné postoje. Z toho vyplývá, že tělesné postoje v porovnání s ostatními si člověk uvědomuje nejméně. Fyzioterapeut se ve své praxi denně setkává s pacienty a pracuje s jejich těly, kdyby směřoval pozornost také k významu těla, do kterého zasahuje,

umožnilo by mu to zvolit takový terapeutický plán, který je co nejvíce zacílen na individualitu pacienta. Tělo může vyjadřovat strach, i když se dotyčný vůbec nebojí, nebo spíše nemá pocit, že se bojí. Znamená to, že ztratil kontakt se svým tělesným výrazem. Tento jev pozorujeme většinou u lidí, kteří si osvojili určitý postoj či držení. Tyto pózy se zabudovaly do organismu. Takové chronické vzorce ztrácejí pozvolna svůj energetický náboj a jsou vytlačeny z vědomí. Přestávají být vnímány nebo zakoušeny. Tělesný postoj začíná být „druhou přirozeností“ a v tomto momentě říkáme, že se stává součástí charakteru. Smith (2007) popisuje, že se člověk nemůže zdržet posturálního chování, avšak kdykoli se může zdržet chování gestického.

Pro fyzioterapeuta je posturální a gestická komunikace důležitá, neboť nehodnotí pouze způsob pohybu a jeho provedení, ale rozkrývá se mu také prostor pro pochopení příčiny daného držení těla, jeho primárního důvodu a původní příčiny takového výrazu. Dostává tím informaci o skutečném prožívání jedince.

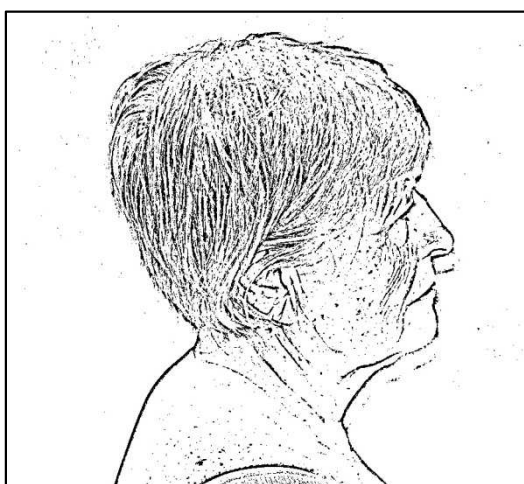
Čtení těla

Čtení těla je založeno na konceptu, že struktura je zafixovanou funkcí (Smith, 2007). To znamená, že stavba těla je projevem psychobiologické historie a současného způsobu života člověka. Keleman (1981) uvádí, že stavba těla je formována životní zkušeností. Je to nepřetržitý proces, při kterém se stavba těla neustále vyvíjí podle toho, jak na ni působí zkušenosti získané interakcemi s fyzickým a sociálním světem (Keleman, 1985). Takže ty části těla, které jsou užívány, se vyvíjejí ke svým genetickým limitům. Naopak ty části těla, které nejsou procvičovány a využívány, se plně nerozvíjejí a mohou atrofovat, nebo se projevit jako dysfunkční.

V BA je sledováno pět hlavních tělesných asymetrií: vpravo-vlevo, nahoře-dole, vepředu-vzadu, hlava-tělo, trup-končetiny. Každá má svůj specifický význam, který je v bioenergetice podrobně interpretován (zde nebudeme z důvodu obsáhlosti detailně popisovat). Lowen (2009) popisuje nejčastější způsob držení těla u žen a u mužů:

nejčastější držení těla u žen:

U žen se často setkáváme s projevem blokování, který se objevuje v tzv. vdovském hrbu. Hrb je tvořen masou tkaniva, které se nahromadí právě pod sedmým obratlem, na místě spojení šíje, ramen a trupu. Za své pojmenování vděčí skutečnosti, že se vyskytuje převážně u starších žen, zatímco u mladších jen zřídka. Při analýze problému, který hrb ztělesňuje, jde o konflikt mezi pozicí podřízené (dotyčná osoba chtěla být vždy dobrým děvčátkem, ze kterého má otec či celá rodina radost) a z toho vyplývajících pocity zloby, sexuální frustrace (Lowen, 2009). Problém má kořeny v oidipovské situaci.



Body Scan

Body Scan (volně přeloženo „vnímání těla“) je způsob, jímž jedinec vnímá své tělo, cítí, jak se jeho tělo pohybuje (nebo nepohybuje) v daném okamžiku, resp.

nejčastější držení těla u mužů:

Lowen popisuje, že nejčastěji se setkáváme s držením těla, jež přirovnal k „věšáku na šaty“. Zaujímají jej skoro výlučně muži. Ramena jsou lehce vytažena nahoru a působí výrazně hranatě, zatímco hlava a šíje jsou mírně předkloněny. Ruce se klátí v kloubech a hrudník je také zvednut. Tento postoj vyvolává dojem, že tělo visí na skrytém věšáku. Analýza projevů těla vysvětluje, jak tato zábrana „funguje“. Povytažená ramena jsou výrazem strachu, můžeme to dokázat tak, že vědomě zaujmeme postoj vyjadřující strach. Když jsou ramena běžně povytažená, svědčí to o chronické úzkosti, jíž dotyčný trpí a které se nedovede zbavit, protože si ji neuvědomuje. Běžné držení těla tohoto typu se nevyvíjí z jediné zkušenosti, ale vzniká v průběhu permanentního vystavení úzkostné situaci. Může se např. postupně rozvinout u chlapce, který se bojí svého otce (Lowen, 2009).

TERAPIE V BA

cvičení, které tuto schopnost rozvíjí (Young, 2010). Jednoduchá cvičení terapie v BA jsou přínosem, pokud jde o rozvoj vnímání pocitů v těle, uvědomění si schopností těla a objevování hlubších tělesných pocitů. Konečným cílem těchto cvičení je uvědomování zmíněných pocitů každý den, v každý okamžik.

Cvičení č. 1: Vnímání tělesných pocitů

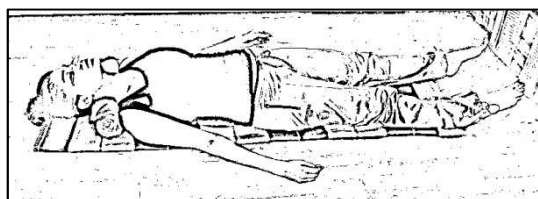
Pro provádění tohoto cvičení je důležité zvolit pohodlné, nehlukné a příjemné místo. Pacient leží na zádech, dolní končetiny uvolněné, horní končetiny

volně podél těla, oči zavřené. Pacient je relaxován, ale v bdělém stavu (Brown, 1973). Má za úkol:

- Vnímat tělo jako celek (od hlavy k prstům chodidel), povrch pokožky, pocity, které přináší kontakt těla s podložkou, zemí, „ponořit“ se do země a vnímat její podporu.
- Vnímat pocity zvedání a klesání břicha při každém nádechu a výdechu, dýchat přirozeně a pozorně, všít si, která část těla se při dýchání pohybuje, zda zůstává nějaké místo, ve kterém dechové pohyby nejsou pociťovány, nebo omezení, které brání plnému nádechu a výdechu.
- Směřovat pozornost a dech dolů k nohám a prstům, dýchat jakoby „ven“ a „do prstů“. Pomalu přesunout pozornost do dalších oblastí, do nohou, kotníků, lýtek, kolenou, stehen, boků, hýždí, pánve, břicha, dolní části zad atd. Dýchat do daných částí s cílem si tyto části uvědomovat.

Cvičení č. 2: Vnímání tělesných pocitů s využitím molitanové podložky

Toto cvičení je modifikací cvičení č. 1. Pacient zaujímá stejnou polohu těla, úkoly pacienta jsou obdobné. Je zde využíván molitanový válec nebo smotaný ručník, který může být umístěn v oblasti krku, hrudníku, pasu, bederní páteře a hýždí (Hoffmann, Gudat, 2003). Pacient vnímá jeho tlak v daném místě, dechové pohyby směřuje do daného místa. Cílem je usnadnění vnímání daných částí těla.



OBRÁZEK 2

Body Sensations

Body sensations (volně přeloženo „prožitky těla“) jsou cvičení, která jsou cílena hlouběji než body scan, zaměřují se na vztah mezi prožíváním těla jedince a vlivem okolního prostředí, ve kterém se nachází (Davis, 2007), neboli jak se projevuje vliv okolního prostředí v prožívání těla jedince. Porozumění výše popsaným prožitkům lze docílit tak, že si jedinec vytvoří seznam prvotních pocitů těla, včetně bolesti, brnění, pocitů tepla, chladu, znečitlivění apod. Zaznamená, jaké pocity se vztahují k daným zážitkům a ve kterých situacích vznikly nebo se objevují. Body Sensations jsou velmi silným nástrojem pro zpracování traumatu a nemoci (Brown, 1973). Často jsou vzpomínky na rané trauma a bolestivé tělesné zkušenosti zaznamenány pouze v somatické paměti, bez schopnosti verbálně je vysvětlit nebo jim porozumět.

Dechová cvičení

Nejzásadnější a snad nejsilnější procesy v celé tělové terapii jsou změny, které u jedince nastanou v okamžiku, kdy si uvědomuje způsob svého dýchání, co pro něj toto uvědomění znamená, co mu umožňuje a přináší (Brown, 1973). Davis (2007) vysvětluje, že bez schopnosti hluboce se nadechnout nemůže tělo fungovat zdravým způsobem a nemá energii dokončit všechny své úkoly. Dýchání je řízeno dvěma řídicími systémy, jednak systémem autonomním, mimovolním, regulujícím dýchání podle saturace kyslíku, a jednak systémem volním, regulujícím dýchání účelově (Véle, 2006). Young (2010) doplňuje, že vědomá složka umožňuje měnit způsob dýchání, umožňuje změnu stavu vztahující se k emocionální regulaci, zvýšené vitalitě a schopnosti udržet rovnováhu v našem těle. Rytmus dýchání je rovněž hluboce ovlivněn stresem, emocionálními traumaty,

držením těla a fyzickou nemocí. Obnovení kompletního dechového vzoru je v přímém vztahu s výše uvedenými situacemi. Lowen (2009) došel až k tvrzení, že inhibice dýchání je klíčem ke všem osobnostním problémům. Terapeut pouhým sledováním způsobu dýchání pacientů může zaznamenat, jakým způsobem se vyrovnávají se stresem, jak jsou schopni měnit svůj stav a kolik energie mají.

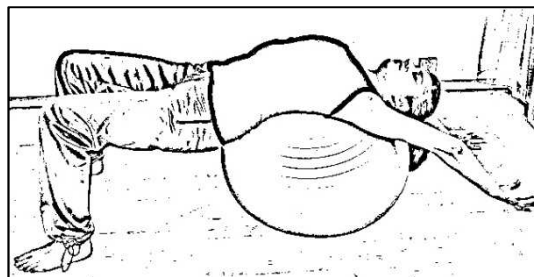
Cvičení č. 1: Vnímání dechových pohybů

Tato cvičení je doporučováno provádět v průběhu dne. Jde o vnímání dechových pohybů, všímání si oblastí těla, které se v průběhu dýchání pohybují a které nikoliv (Röhrlich, 2009), pozorování, jak se mění způsob dýchání v průběhu dne apod. Pacient hodnotí, jaký způsob dýchání je pro něj charakteristický, zda si je vědom svého normálního dechového cyklu, jak se mění způsob dýchání během stresové situace, jaká část těla se při dýchání nejvíce pohybuje a v jakých místech pociťuje omezení.

Cvičení č. 2: Práce s dechem

Práce s dechem zahrnuje např. prohlubování dechu, vědomé dýchání do oblasti břicha, žeber, bránice, zad, hrudníku. Young (2010) upozorňuje, že je důležité, aby nedošlo k hyperventilaci, pacient je instruován, aby prohluboval dech a pociťoval jeho účinky. Všimá si pocitů, které vznikají při zvětšování prostoru, do kterého dýchá, většího objemu vzduchu, který vdechuje. Zaznamenává účinky těchto cvičení a popisuje pocity, které vyvolávají.

Cvičení č. 3: Lowenova dýchací stolička (lze modifikovat použitím míče - viz obrázek č. 3)



OBRÁZEK 3

Dýchání v poloze vleže přes míč. Toto cvičení je zaměřeno na oblast hrudní páteře. Úkolem pacienta je vnímat změny držení těla, hrudního koše, zad, pletenců ramenních, kontakt plosek s podložkou. Dolní končetiny směřují k zemi v pravém úhlu, hýžďové svaly relaxovány, pánev protlačena směrem ke stropu, hrudník v extenčním (rozšířeném) postavení, hlava v prodloužení trupu. Dech je pravidelný, hluboký nádech i výdech, ústa pootevřená.

Cvičení č. 4: Práce s různými rytmy dechu

Pacient má za úkol plynule dýchat v dechových cyklech, změnit poměr nádechu a výdechu a zaznamenat účinky na stav bdělosti nebo relaxace (Friedman, Glazer, 2010), zaznamenat, jaký je jeho nejpřirozenější rytmus dechu bez změny dechového cyklu a jaké účinky při tomto rytmu na sobě pociťuje.

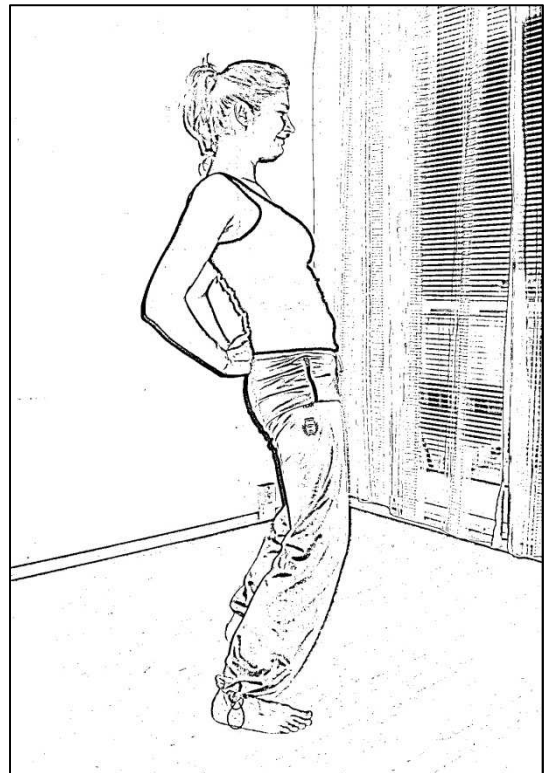
Grounding (uzemňování)

Jde o terapeutický postup, jehož prostřednictvím se jedinec učí pociťovat kontakt se zemí, doslova i v přeneseném smyslu (Friedman, Glazer, 2010). Lowen ve své práci velmi zdůrazňoval práci s pánví, končetinami a chodidly ve snaze docílit právě optimálního kontaktu se zemí. Grounding se stal jedinečnou součástí a základem v bioenergetické terapii. Podstatu groundingu Lewis (2004) vysvětluje tak, že přirozený vývoj dítěte si žádá, aby byl schopen vstát,

odejít a podporu rodičů později nahradit svou schopností podpory sebe sama. Cílem groundingu je tedy schopnost stát pevně nohama na zemi, a to jak v pravém, tak i přeneseném slova smyslu. U některých pacientů není reálné tuto schopnost očekávat, neboť v průběhu dospívání byl u nich tento vývoj narušen (Young, 2010). Lewis (2004) uvádí, že rozšiřovat terapeutické možnosti je možné tehdy, pokud pacient doslova získal pocit, že může chodit po zemi, že země je pod ním. Bioenergetika tedy chápe vývoj lidského jedince také z pohledu funkce jeho končetin. Zpočátku se postaví, balancuje či přešlapuje z jedné nohy na druhou, poté je schopen stát na jedné noze, stát sám, a nakonec získá schopnost odejít pryč.

Grounding (uzemňování) zahrnuje mnoho cvičení. Nejčastěji se využívají tzv. stresové pozice, které jsou zaměřeny na to, aby si jedinec uvědomil spojení chodidel nohou a pánve se zemí. Následuje strečink prstů, chodidel, kotníků, lýtek, stehen, kyčelních kloubů a spodní části zad (Friedman, Glazer, 2010). Důraz je kladen na prohlubování dechu. Základním účinkem těchto cvičení je vliv na propriocepci.

Cvičení č. 1: Základní stresová pozice, pozice luku, obrázek 4



OBRÁZEK 4

Cílem tohoto cvičení je získat kontakt se zemí, pacient vnímá kontakt plosek s podložkou, kolena jsou mírně pokrčená, pánev protlačena vpřed, hýžďové svalstvo relaxováno, hrudník v extenčním postavení, hlava v prodloužení těla, brada nesmí být předsunuta vpřed, pohled směřuje vpřed. V této poloze má pacient za úkol uvolnit veškeré napětí, které v těle pociťuje a které „nepotřebuje“. Hluboce prodýchat, při výdechu i vdechu udržet trup i hrudník v extenčním postavení, dýchat především do oblasti břicha. Avšak právě tato pozice ozřejmí, v jaké části těla je dech omezen, a právě tam bude dech směřován. Pacient provádí zpočátku pomalé a nepatrné pohyby v kyčelních, kolenních a hlezenních kloubech s cílem dosáhnout vibrací. Tato pozice má také diagnostický význam, ramenní klouby by měly být v jedné linii s klouby hlezenními, je-li pacient zakloněn více, např. v zádech,

ukazuje to např. na jeho větší poddajnost apod.

Cvičení č. 2: Pomalá, pravidelná chůze

Pacient má během chůze za úkol vnímat kontakt chodidel se zemí, každý výdech směřovat dolů do podložky, od páteře dolů k chodidlům (Hoffmann, Gudat, 2003). Při chůzi jsou kolena „neuzamknutá“. Toto cvičení zdůrazňuje především energetický aspekt groundingu.

Centering (jednota těla a mysli)

Centering znamená způsob, jakým organizujeme zážitky či zkušenosti, a představuje Self každého jedince. Je to komplex zahrnující body sensations, emocionální stav, představy, myšlenkové vzory a podstatu duše každého jedince. Cílem je zavést rovnováhu těla a mysli, centering vyžaduje být v přítomném okamžiku. Jestliže grounding zajišťuje zážitky spojení se zemí, centering zahrnuje zážitky spojení sebe sama – se všemi částmi a oblastmi sebe sama (Young, 2007).

Presencing (být v přítomnosti)

Young (2007) uvádí, že každý žije s určitou mírou disociace či oddělení. To je možné ovlivňovat terapií, která je cílená k prožitkům bytí v přítomnosti současně se spojením s vnějším světem, jinými lidmi. Mají vliv na pocity „stálé kontroly“, dávají jedinci pocit, že má na výběr. V bioenergetické analýze se často začíná a končí každé sezení centeringem a uvědoměním si přítomného okamžiku. Je to způsob, jímž se lze dostat do spojení s tím, co cítíme, a tím, co se děje kolem nás.

Expresiv movement (vyjádření pocitů pohybem)

Expresiv movement se využívají, chceme-li vyjádřit pocity, např. zvýšení hlasu, jsme-li rozzlobeni, požádání o to, co potřebujeme, vyjádření lásky. Vyjadřují naše pocity, které se vztahují k někomu druhému. Existuje-li zábrana ve vyjádření pocitů, může to negativně působit na naše zdraví. Cílem těchto cvičení je tedy podporovat pohyby těla, které jsou omezovány, objevit části těla, které jsou využívány k tomu, aby udržely výrazy a pocity pod kontrolou (Friedman, Glazer, 2010). Při těchto pohybech se např. vyjadřuje úsměv, což zpočátku může působit poněkud mechanicky, avšak pohybem svalů dochází k stimulaci fyziologických procesů, k uvolňování chemických látek ovlivňujících pocity štěstí a radosti (Schwarz, Schweppe, 2004).

Vocalising (vokalizování)

Tato cvičení zahrnují projevy křiku, zpěvu, šeptání, hlasitého smíchu, různých zvuků, jichž je jedinec schopen. Friedman, Glazer (2010) uvádějí, že cílem těchto cvičení je schopnost jedince vyjádřit zvuky prostřednictvím těla, a naopak zvuky svého těla poslouchat a cítit.

Reaching (požádání a získání)

Zahrnují cvičení, která jsou cílena na schopnost jedince o něco požádat, něco uchopit a získat (Schwarz, Schweppe, 2004). Toto cvičení se provádí buď vestoje, nebo vleže, kdy si pacient představuje, že se natahuje a získává něco, po čem touží. Tato cvičení jsou důležitá, protože nacvičují získání toho, co tělo potřebuje a žádá.

Kicking (kopání, výkopy)

Kicking (kopání, výkopy) představují taková cvičení, která vyjadřují schopnost protestu, mobilizují energetické pohyby v dolní polovině těla, podporují schopnost udržet silný asertivní pocit (Hoffmann, Gudat, 2003). Provádějí se vleže na podložce, kdy jedinec kope nohama, horní končetiny má položeny volně podél těla, čelisti relaxované, oči otevřené. Může využít hlasový projev, např. hlasitě „ne“. Tato cvičení akcentují využití hlasu a jeho hloubku. Další možností je také přidat pohyby paží a rozšířit výraz do celého těla, podobně jako malé dítě, které vyjadřuje vzdor. Tato cvičení jsou využívána k vyjádření

Touch (dotek)

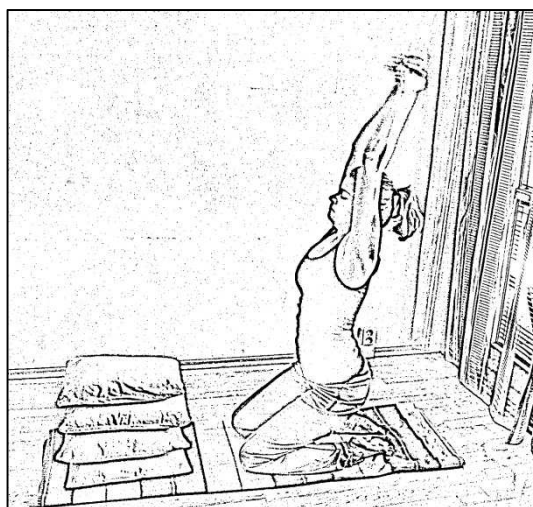
V bioenergetické analýze představuje dotek a práce s taktilním kontaktem důležitou součást terapie. Může oživovat veškeré potlačované pocity v těle, jako je naděje, bolest, vztek, zoufalství apod. (Davis, 2007). Důležitou roli hraje v terapii snižující pocity disociace. Reich používal dotek silný, poněkud invazivní a často velmi bolestivý. Byl užíván k uvolnění chronického svalového napětí, které si jedinec v rámci obranných mechanismů roky utvářel. V bioenergetice je dotek používán za stejným účelem, avšak jeho intenzita bývá nižší. Důležitost kůže a kožního kontaktu vysvětluje Boadella (2009) tím, že jde o náš nejranější a nejhluběji zakořeněný zážitek světa, protože dlouho předtím,

agrese těla a nácvičku schopnosti protestu.

Hitting (bouchání, údery)

Tato cvičení mají podobný charakter jako kopání či výkopy. Jsou zaměřena na vyjádření zlosti, vzteku, hněvu či nenávisti a na uvolnění energie s těmito pocity spojené (Young, 2007). Na obrázku č. 5 je zobrazena nádechová fáze pohybu, kdy jedinec akumuluje veškeré pocity agrese, vzteku atd. Expresivní část cvičení je prováděna s výdechem, ústa jsou pootevřená, čelisti a žvýkačí svaly relaxovány, je možné přidat i verbální projev, dle individuality jedince.

než chodíme po povrchu země a zažíváme tah její gravitace na naše svaly, nás kontaktuje skrze sdělení stěn dělohy, příjemné a uvolňující, či naopak bolestné a stresující – podle stavu matčina těla.



OBRÁZEK 5

DISKUSE: VYUŽITÍ BA VE FYZIOTERAPII

Možnost využití bioenergetické analýzy jako kompletní psychoterapeutické metody ve fyzioterapeutické praxi je limitována několika faktory. Zásadním limitujícím faktorem je skutečnost, že fyzioterapeut nesplňuje požadavky na vzdělání k provádění této metody jako celku. Terapeut bioenergetické analýzy nejčastěji absolvuje studium jednooborové psychologie a dále čtyřletý výcvik integrativní psychoterapie zaměřené na tělo, který je akreditovaný EABP (Evropskou asociací pro bodypsychoterapii). Terapeut BA je školen několik let k tomu, jakým způsobem má s pacientovým sdělením zacházet a jak ho interpretovat, je školen, jak se má zachovat v těžkých či krizových situacích, jakým způsobem vést pacienta, tzn. jak zachovat rovnováhu mezi intervencí a ponecháním prostoru pro pacientův růst. Velkým problémem bioenergetické terapie je síla prožitků, které u pacientů může vyvolat. Je proto nutné, aby terapeut měl dlouholetou praxi a mnoho zkušeností. Využití některých prvků BA ve fyzioterapeutické praxi se jeví pravděpodobnější než využívání celé této metody jako celku. Jak již bylo zmíněno, bioenergetická analýza jako celek je indikována především při léčbě psychosomatických onemocnění. Fyzioterapie je dnes běžnou součástí komplexní léčby těchto onemocnění, proto se využití některých prvků bioenergetické analýzy jeví jako velmi vhodné. Avšak i zde existují určitá omezení. Fyzioterapeut, který by se ve své terapeutické praxi rozhodl využívat prvky této metody, zároveň přejímá odpovědnost nejen za terapeutické zásahy v rovině somatické, ale intervenuje také do psychické sféry člověka, čímž akcentuje etický rozměr léčebného působení. Získává tak

rozšířený potenciál dalších fyzioterapeutických možností a užší zacílení na pacienta z hlediska jeho individuality, což je v oboru psychosomatické medicíny nezbytné. Nicméně fyzioterapie není součástí komplexní léčby pacienta pouze v oboru psychosomatické medicíny, ale u každého pacienta, u něhož je indikována. Jako vhodné se ve fyzioterapii jeví užití některých diagnostických postupů BA. Diagnostické postupy mají v BA i ve fyzioterapii mnoho společných prvků, jejichž základnou je diagnostika zaměřená na problém, který se manifestuje na těle. Rozdíly jsou patrné především v diagnostických metodách. Jde o jinou formu postupů, které jsou předznamenány odlišným cílem obou oborů, tj. získání informací, jež ve fyzioterapii ukazují tělesné projevy a v bioenergetice to, co tyto projevy vyjadřují. Fyzioterapeut se v řešení problému opírá o vnější, jasně definované normy a postupy v léčení konkrétních problémů, přihlíží ke konkrétní symptomatologii a její fyzické manifestaci, kterou na tělesné úrovni léčí. Fyzioterapie k diagnostice používá speciální kineziologické postupy a testy, fyzikální měření ke stanovení rozsahu pohybu v kloubech a stupně svalové síly k vyhodnocení pohybových vzorů, posturálního a lokomočního chování pacienta. Fyzioterapeut tedy analyzuje tělo z pohledu funkce, zatímco bioenergetik si všímá výpovědní hodnoty projevu těla.

Jako vhodná se ve fyzioterapeutické praxi jeví aplikace diagnostické metody čtení těla, která vychází z konceptu posturální a gestické komunikace. Pro fyzioterapeuta je posturální a gestická komunikace důležitá, neboť nehodnotí pouze způsob pohybu a jeho provedení, ale rozkrývá mu také prostor pro

pochopení příčiny daného držení těla, jeho primárního důvodu a původní příčiny takového výrazu. Dostává tím informaci o skutečném prožívání jedince. Fyzioterapeutovi se tedy rozkrývá prostor pro odhalení skutečně prožívaných pacientových pocitů a možnost adekvátní modifikace terapie. Jak uvádí Smith (2007), zvláště fascinující skutečností je, že velká část posturálního a gestického chování se odehrává mimo vědomí, nebo pouze s vágním uvědoměním. Fyzioterapeut se ve své praxi denně setkává s pacienty a pracuje s jejich těly, kdyby věnoval pozornost také významu těla, do kterého zasahuje, umožnilo by mu to zvolit takový terapeutický plán, který je co nejvíce zacílen na individualitu pacienta. Postura je danou skutečností, dle které se fyzioterapeut může řídit při volbě terapie, a potvrdit tak verbalizaci pacientových obtíží nebo zacílit pozornost v případě rozporu. Nevýhodou této metody jsou možnosti hodnocení výstupů, které poskytuje. Jejich interpretace se děje pouze v subjektivní rovině, bez možnosti objektivního hodnocení. Záleží tedy pouze na terapeutovi, jakým způsobem signály pacientova těla vyhodnotí. Z tohoto důvodu by bylo vhodné zařadit tuto metodu do fyzioterapeutické diagnostiky jako metodu, která doplňuje a uceluje zavedenou fyzioterapeutickou diagnostiku.

Další diagnostickou metodou BA je typologie tvořená osobnostními charakterovými strukturami. Fyzioterapeut samozřejmě může vnímat určité souvislosti mezi osobnostní charakterovou strukturou a danými tělesnými znaky a měl by si být vědom propojení obou „celků“. Toto působení popisuje Véle (2006) slovy, že dlouhodobý stav myslí se vtiskuje trvale do konfigurace segmentů pohybové soustavy i do

pohybového chování a bývá patrný i na rysech zemřelého. Avšak využití výše popsaných fenoménů ve fyzioterapeutické praxi se jeví jako méně vhodné, protože fyzioterapeut není erudován k analýze ani interpretaci daných jevů, neboť zde mluvíme např. o emocích, které byly způsobeny traumatickými zážitky, situacemi, jež jedinec nebyl schopen překonat, popř. jde o dlouhodobě působící negativní podnět, který zásadně ovlivňuje jedince život. Takové emoce a jejich projevy je schopen správně analyzovat pouze psycho-terapeut. Otázkou také zůstává validita typologie osobnostních charakterových struktur, která je stále diskutována, jak to dokazuje např. studie provedená Friedmanem, Glazerem (2009).

V bioenergetické terapii jsou využívány techniky body scan (vnímání těla), body sensations (prožitky těla), dechová cvičení, grounding (uzemňování), centering (jednota těla a mysli), presencing (být v přítomnosti), expresiv movement (vyjádření pocitů pohybem) a touch (dotek).

Využití technik Body Scan (vnímání těla), Centering (jednota těla a mysli), Presencing (být v přítomnosti) je přínosem, pokud jde o rozvoj všímavosti pocitů v těle, uvědomění si schopností těla a objevování hlubších tělesných pocitů. Tato cvičení pozitivně ovlivňují jedincovo tělesné sebepojetí. Jejich praktické využití ve fyzioterapii je ovšem limitováno několika faktory. Prvním limitem je náročnost těchto cvičení na čas, druhým je nutnost interpretace výstupů z těchto cvičení, ke které fyzioterapeut není erudován. Z těchto důvodů se jeví jejich vhodnost k aplikaci ve fyzioterapeutické praxi jako cvičení preventivního charakteru, vhodná k rozvoji osobnosti jedince a indikovaná např. k autoterapii, domácímu provádění.

Techniky body sensations (prožitky těla), které se dle Davise (2007) zaměřují na vztah mezi prožíváním jedince těla a vlivem okolního prostředí, ve kterém se jedinec nachází, jsou bezpochyby přínosem pro pacienta. Avšak využití ve fyzioterapeutické praxi je méně vhodné, protože fyzioterapeut není erudován k interpretaci daných pacientových prožitků. Dechová cvičení jsou v bioenergetické terapii zaměřena především na pozorování, vnímání, uvědomování a prožívání dechových pohybů. Dále, dle Younga (2008), je práce s dechem zaměřena na prohlubování dechu, vnímání pocitů při zvětšování prostoru, do kterého dýchá, většího objemu vzduchu, který vdechuje. Tyto prvky se jeví vhodné jako doplnění technik, které využívá respirační fyzioterapie. Avšak cvičení, která jsou např. modifikací Lowenovy dýchací stoličky, mají z pohledu fyzioterapeuta jistá omezení, která je nutno zvážit vzhledem k určitým diagnózám. Jde například o jedince s osteoporózou, vertigem, dále je diskutabilní indikace těchto cvičení u seniorů a dalších rizikových skupin pacientů. Je tedy nutné vždy zvážit aktuální stav pacienta a jeho onemocnění. Velmi specifickým a také diskutovaným cvičením v bioenergetické terapii je grounding (uzemňování). Tato cvičení podporují uvědomování si kontaktu těla s podložkou, pozitivně ovlivňují propriocepci, a tím také stabilizační funkce, podporují dýchání ve smyslu hloubky dechu a místa, kde jsou dechové pohyby nedostatečné či omezené, jsou vhodným cvičením při nácviku správného a uvolněného stereotypu stoje. Z pohledu fyzioterapeuta se uvedené aspekty jeví jako nesporně vhodné k aplikaci v terapii. Nicméně využití těchto cvičení ve fyzioterapeutické praxi je limitováno několika faktory. Nácvik správného provádění těchto cvičení je náročný na

čas, a to jak pro terapeuta, tak pro pacienta. Tato cvičení také předpokládají určitou pacientovu schopnost uvědomovat si a vnímat své tělo, z tohoto důvodu ne každý pacient je vhodný a schopný tato cvičení provádět. Vzhledem ke specifčnosti způsobu provádění a účinků, které tato cvičení vyvolávají, je nezbytná erudovaná instruktáž ze strany terapeuta. Grounding (uzemňování) je v BA využíván také k diagnostice, avšak ve fyzioterapeutické praxi se jeví jako nevhodný, protože fyzioterapeut není k provádění takové diagnostiky erudován. Aplikace technik expresiv movement (vyjádření pocitů pohybem), zahrnující techniky reaching (požadání a získání), kicking (kopání, výkopy), hitting (bouchání, údery), ve fyzioterapeutické praxi se jeví jako nepravděpodobné. Neshodují se cílem fyzioterapeutické intervence. Avšak jejich účinek není zanedbatelný. Friedman, Glazer (2010) popisují, že existuje-li zábrana ve vyjádření pocitů, může to negativně působit na naše zdraví. Z toho důvodu je může fyzioterapeut doporučit jako cvičení mající preventivní charakter, podporující rozvoj osobnosti, popř., uzná-li za vhodné, nabídnout pacientovi možnost navštívit bioenergetická cvičení vedená bioenergetickým odborníkem. Využití techniky vocalising (vokalizování) se ve fyzioterapeutické praxi jeví jako vhodnější. Sám fyzioterapeut tuto techniku využívá např. při terapii stresové inkontinence, ve které jsou dechové pohyby, především výdech, podporovány vyjádřením určitých souhlásek. Tyto techniky bioenergetické analýzy tedy nabízí možnost rozšíření a doplnění technik užívané v respirační fyzioterapii.

Technika touch (dotyk) a práce s taktilním kontaktem v bioenergetické analýze představuje důležitou součást terapie. Dle Davise (2007) může

oživovat veškeré potlačované pocity v těle, jako je naděje, bolest, vztek, zoufalství apod. A právě pochopení souvislostí, které BA popisuje v kontextu s užíváním dotyku, jako terapeutické

techniky, se pro fyzioterapeuta jeví jako velmi vhodné.

ZÁVĚR

Psychoterapie zaměřená na tělo, k níž se řadí i BA, rozkrývá jako pojem oblast četných teorií a je zřejmé, že v této oblasti došlo k metodologickému pluralismu. Pro všechny směry psychoterapie zaměřené na tělo lze najít společného jmenovatele, a to zacílenost na individualitu člověka. BA nahlíží na osobnost jako na individuální otisk emocí, dynamiky prožívání a jejich manifestace v somatické rovině, které jsou neopakovatelným originálem podobně jako otisk prstu člověka. Možnost aplikace BA ve fyzioterapeutické praxi nás vedla k tomuto detailnímu pohledu na tuto problematiku. Využití bioenergetické

analýzy a terapie jako celku se ukázalo nevhodné. Důvodem je nedostatečná erudice fyzioterapeuta, zejména v oblasti analýzy a interpretace daných psychologických jevů a fenoménů. Naopak jako vhodné se jeví využití prvků bioenergetické analýzy a terapie, i jejich aplikace je však limitována. Tyto limity zdůrazňují potřebu spolupráce odborníků, kteří se podílejí na léčbě pacienta, tedy týmové práce. Využití poznatků a prvků technik podobných jako BA považujeme ve fyzioterapeutické praxi za velmi aktuální, i z toho důvodu, že stále přibývá pacientů, jejichž obtíže mají psychosomatický charakter.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BOADELLA, D. 2009. *Biosyntéza – Výběr z textů*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-297-9
2. BRICKLIN, M. 1990. Interview with Robert Glazer, Ph.D., Director of the Florida Society for Bioenergetic, In *Positive Living And Health: The Complete Guide To Brain / Body Healing And Mental Empowerment*. 1990, Rodale Press, [online], [cit. 2010-11-17], Dostupné z <http://www.bioenergetics-society.com/bobinterview.htm>
3. BROWN, M. New Body Psychotherapies. In *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. ISSN 1476-0835, 1973, roč. 10, č. 2, str. 98-116
4. DAVIS, D. 2001. Energetics And Therapeutic Touch. In HELLER, M. (ed.) *The Flesh of the Soul: the body we work with*. Bern: Peter Lang. ISBN 3-906764-98-2
5. EIDEN, B. 1999. *The History of Body Psychotherapy - An Overview*, [online], [cit. 2010-08-13]. Dostupné z <http://www.chironcentre.freeserve.co.uk/articles/historybp.html>
6. PLA, F. 2009. Report of the First Efba-P Theoretical workshop on Bioenergetic Issues. In *European Federation for Bioenergetic Analysis-Psychotherapy : BASIC : Bioenergetic Analysis European Societies Information and Communication*. 2009, č. 18, str. 22
7. FRIEDMAN, H., GLAZER, R. 2010. Bioenergetic Therapy. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 2010, str. 234-235, [online], [cit. 2010-12-12]. Dostupné z <http://www.bioenergetics-society.com/articles.htm>

8. FRIEDMAN, H., GLAZER, R. 2009. The Construct Validity of the Bioenergetic–Analytic Character Typology: A Multi-Method Investigation of a Humanistic Approach to Personality. In *The Humanistic Psychologist*. ISSN 0887-3267, 2009, roč. 37, č. 1, str. 24-48
9. GOOD, G., RABINOWITZ, E. Alexander Lowen – An Energetic Man. In *Journal of Counseling & Development*. ISSN 1556-6676, 1992, roč. 71, str. 3-6
10. HOFFMANN, R., GUDAT, U. 2003. *Bioenergetická cvičení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-756-6
11. KELEMAN, S. 1985. *Emotional Anatomy: The Structure of Experience*. Berkeley: Center Press, 1985
12. ISBN 9780934320108
13. KELEMAN, S. 1981. *Your Body speaks its Mind*. California: Berkeley Center Press, 1981. ISBN 978-0934320016
14. LEWIS, R. 2010. The Clinical Theory of Lowen, His Mentor Reich and Possibly All of Us in the Field, As Seen from a Personal Perspective [online], [cit. 2010-12-21]. Dostupné z http://www.bodymindcentral.com/pdf/pubs/LewisPub_TheClinicalTheoryofLowen.pdf
15. LEWIS, R. A 2004. *Developmental View of Bioenergetic Therapy* [online], c. 2004, [cit. 2010-06-07]. Dostupné z http://www.bodymindcentral.com/pdf/pubs/LewisPub_DevelopmentalView.pdf
16. LOWEN, A. 2009. *Bioenergetika*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-189-1
17. MILLER, J. 2000. The Fear Of The Body In Psychotherapy. In *Psychodynamic Counselling*, 2000, str. 437-450. [online], [cit. 2010-11-17]. Dostupné z <http://www.tandf.co.uk/journals>
18. RÖHRICHT, F. 2009. Body oriented psychotherapy: The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. In *Journal of Body, Movement & Dance in Psychotherapy*. ISSN 1743-2979, 2009, roč. 4, č. 2, str. 135-156.
19. SCHWARZ, A., SCHWEPPE, R. 2004. *Bioenergetika - cvičení proti stresu*. Praha: Alternativa, 2004. ISBN 80-85993-88-0
20. SMITH, E. 2007. *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-767-144-0
21. VĚLE, F. 2006. Kineziologie. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9
22. YOUNG, C. 2010. *The Felt Sense Of Self*. [online], [cit. 2010-11-17], Dostupné z http://www.courtenay-young.co.uk/courtenay/articles/THE_FELT_SENSE_OF_SELF.pdf
23. YOUNG, C. 2008. Re-Balancing the Autonomic Nervous System: A Necessary Pre-requisite To Effective Counselling & Psychotherapy. In *International Journal of Psychotherapy*. ISSN 1356-9082, 2008, roč. 12, č. 2, str. 24-35
24. YOUNG, C. 2007. The Power of Touch in Psychotherapy. In *International Journal of Psychotherapy*. ISSN 1356-9082, 2007, roč. 11, č. 3, str. 15-24.
25. YOUNG, C. 2011. The History and Development of Body-Psychotherapy Part 4: European Collaboration. In *Journal for Body, Movement & Dance in Psychotherapy*. ISSN 1743-2979, 2011, roč. 6, č. 1, str. 57-68

Do redakce přišlo 1. 5. 2012
 Recenze: 15. 5. 2012
 Do tisku zařazeno 31. 5. 2012



OBRÁZEK 6: PHDR. DANIELA STACEKOVÁ, PHD

JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE I. KOMPLIANCE (ČÁST II.) – ZJIŠŤOVÁNÍ, DŮSLEDKY

SOUHRN: Jániš M.: Kompliance I (část II.)- zjišťování, důsledky, PSYCHOSOM, 2012;10(2), s. 111- 120

Kompliance – adherence – je míra, se kterou se pacientovo jednání (např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků. Při setkání s pacienty zjišťujeme (zejména tehdy, když na tuto problematiku více zaměříme svou pozornost cíleným dotazováním, zkoumáním záznamů pacientů atd.), že jednání pacientů se s radami zdravotníků neshoduje, spíše než shoduje. Míra nekompliance – a vědomí jejích negativních důsledků – může vzbuzovat z pohledu zdravotníků, příbuzných pacientů a poskytovatelů zdravotní péče oprávněné obavy. Z pohledu pacientů mohou stejně tak vzbuzovat obavy snahy přinutit je v zájmu jejich zdraví ke komplianci. Je třeba více porozumět silám skrytým v dané problematice i možným zájmům těch, kterých se compliance týká, jakož i širším souvislostem.

Klíčová slova: compliance, adherence, terapeutický vztah

SUMMARY: Jániš M.: Compliance (Part II) – assessment, consequences, PSYCHOSOM, 2012;10(2), p. 111- 120

Compliance (adherence) refers 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. We ascertain this especially, when we assess compliance by questioning, exploring patients reports etc. The consequences of non-compliance may be severe (from patient relatives' perspective, providers' perspective, and health care payers' one). Quite severe consequences may be the results of forced compliance of the patient as well (made by the providers for the benefit of the patient's health). It is thus important to understand more the forces and the powers in the topic of compliance; and the broader context.

Key words: compliance, adherence, therapeutic alliance

ZJIŠŤOVÁNÍ MÍRY NE/KOMPLIANCE

Pokud se při definování ne/kompliance objevují nejasnosti, nejinak tomu bude i v otázce měření daných jevů. Ukazuje se jako důležité stanovit míru, do jaké pacient dodržuje doporučení zdravotníka. Pokles pacientovy spolupráce pod

tuto míru by znamenal, že může být ohroženo pacientovo zdraví. V případě nezjišťování míry kompliance (a v důsledku toho např. nepřesného stanovení množství léku v "pacientově těle) nemusí být v pacientově nejlepším zájmu další zvyšování medikace, změna

léků, invazivní lékařský zákrok atd. A nemusí to být také hospodárné. Znalost pacientových potíží s kompliancí může také pomoci zdravotníkovi přizpůsobit léčebný režim potřebám daného pacienta. Navíc výzkum B. Svarstada (1976, in DiMateo, DiNicola, 1982) ukázal, že pokud se lékaři neptají pacientů na komplianci, pacienti se začnou domnívat, že lékaři nepovažují léčbu za důležitou a že nevěří v její účinky. Jejich kompliance pak klesá. To vše jsou argumenty pro zjišťování míry compliance.

Existují různé způsoby, jak zjišťovat míru compliance, každý z nich má své výhody i nevýhody. Základní dělení rozlišuje metody objektivní a subjektivní (Riekert, 2006).

Objektivní metody zjišťování jsou ze strany pacienta méně ovlivnitelné a jsou pro něj méně náročné. Na druhou stranu jsou finančně nákladné a v určitých případech i nepoužitelné (např. v případě zjišťování compliance doporučeného cvičení či navrhované diety je obtížné usuzovat na míru compliance z biochemického rozboru krve). Pro některé badatele (DiMateo, DiNicola, 1982) jsou tyto metody také projevem nedůvěry vůči pacientovi, a tedy i něčím, co narušuje vztah mezi zdravotníkem a pacientem – důležitou „veličinu“ v ovlivňování compliance.

Nejnámějšími příklady objektivních metod jsou podle K. A. Riekerta (2006) a M. A. Rapoffa (1994):

- přímé pozorování (jak často, jak dlouho a jakým způsobem pacient cvičí na kurzu snižování nadváhy, co takovému jeho chování předchází, co následuje; jakou má docházku na terapii při léčbě HIV atd.);

- biochemické vyšetření moče, krve, slin (za účelem zjišťování stop léků, drog, jídla, vitaminů aj.);
- elektronické monitorování (např. toho, jak často pacient otevřel krabičku s léky, jak používal glukoměr, kolik toho za den nachodil, jak používal inhalátor atd.);
- studium záznamů zdravotníků, farmaceutů či pojišťoven (o tom, jak často se pacient objevil u lékaře; zda si vyzvedl léky na recepty, které dostal);
- měření množství zkonsumované medikace za určité období;
- měření výsledků léčby (např. poklesu krevního tlaku, hmotnosti) a usuzování z toho na komplianci (což však může být zavádějící).

Subjektivní metody zjišťování compliance jsou v praxi častěji používané, a to pro snadnost jejich administrace, pro nízkou cenu i pro použitelnost v jakékoliv oblasti zájmu. Na druhou stranu bylo zjištěno, že v porovnání s objektivními metodami jsou hodnoty nekompliance zjištěné metodami subjektivními (nepodloženě) vyšší – někdy až dvojnásobně (Ley, 1988; in Edelman, 2000). Důvody tohoto jevu vysvětlíme níže. Subjektivní metody jsou navíc pro pacienta někdy až příliš náročné.

Nejčastěji používané jsou (Riekert, 2006; Křivohlavý, 2002, Rapoff, 1996):

- denní záznamy (jak pacient bral medikaci; jak často, jak dlouho a jakým způsobem cvičil; co a kolik toho snědl);
- retrospektivní odpovědi samotného pacienta o tom, jak se mu v oblasti doporučené zdravotníkem za určité období dařilo (týden, 2 měsíce, rok, celý život), a to někdy na otázky všeobecné („Jakým způsobem jste dodržoval doporučení lékaře – velmi

nepřesně, jen přibližně, téměř přesně, bezchybně), jindy na otázky konkrétnější („Kolik dávek léku jste v uplynulém týdnu vynechal?“);

- rozhovor probírající aktivity pacienta (všechny, nebo jen ty, které se týkají určitého tématu) za uplynulých 24 hodin (obvykle se s jedním pacientem uskuteční tři takové rozhovory, z nichž dva zkoumají pacientovy všední dny, a jeden se zabývá dnem víkendovým);
- dotazování se rodinných příslušníků či spolupacientů;
- dotazování se na klinický dojem zdravotníka (což je nejméně přesná metoda).

Nepřesnosti v odpovědích pacientů o vlastní komplianci mohou pramenit z toho, že pacient ani neví, co mu vlastně bylo doporučeno (např. jakou medikaci má brát, jak často a kolik). Mnohé nepřesné odpovědi pacientů jsou dány i tím, že pacient nerozumí, na co se ho zdravotník ptá, nedaří se mu vybavit si požadovanou informaci, není schopen si uvědomit období, na které je dotazován, či neumí svou odpověď formulovat. A konečně, mnohdy pacient ví o své nekomplianci, ale necítí se zcela připraven připustit před zdravotníkem své problémy s nekompliancí. V případě přesného zjišťování kompliance je tedy

třeba diskutovat s pacientem podporujícím a nehodnotícím způsobem. A také tak, aby z tázání zdravotníka nevyplývala odpověď, kterou si zdravotník přeje slyšet. Jen tak se podaří snížit ovlivnění odpovědi ve směru sociální žádoucnosti. Navíc podle B. Svarstada (1976; in DiMateo, DiNicola, 1982) je potřeba delší doby, aby se mezi pacientem a zdravotníkem vytvořil takový vztah, ve kterém by pacient mohl podat přesnější informaci bez obav, že bude zdravotníkem obviněn, potrestán, či odmítnut.

Pacienti někdy uvádějí míru své kompliance nepřesně. Podobně jsou nepřesní i zdravotníci. Všeobecně komplianci svých pacientů nadhodnocují. V některých výzkumech o polovinu, jindy dokonce dvojnásobně. Nejsou také schopni odhadnout, kdo z jejich pacientů je kompliantní a kdo není. Odhadnout pacienta, který je nekompliantní, se jim ještě celkem podaří, ale odhadnout budoucího nekompliantního pacienta se jim nedaří. Kromě neznalosti povahy kompliance v tom hraje roli i přání zdravotníků, aby jejich pacienti byli kompliantní co nejvíce. V případě nekompliance je totiž ohrožena účinnost léčby, kterou provádějí, a také autorita, status a význam jich samotných (DiMateo, DiNicola, 1982; Rapoff, 1998).

MÍRA NEKOMPLIANCE

S vědomím složitosti tematiky se můžeme odvážit položit otázku: Jaké jsou tedy odhady kompliance anebo spíše nekompliance, neboť ta je objektem většiny výzkumů v této oblasti? V tabulce 4 uvádíme výsledky několika přehledových studií. Ačkoliv se

výsledky liší, lze mezi nimi nalézt zřejmou konzistenci.

Autoři však mnohdy neuvádějí, po jak dlouhém období léčby svůj výzkum prováděli. Proto níže uvádíme i tři grafy znázorňující vývoj nekompliance

v závislosti na čase. Druhá potíž zmiňovaných dat spočívá v tom, že autoři u svých dat nezveřejňují kritéria, podle kterých se řídili, když rozlišovali chování pacientů na kompliantní a nekompliantní. Mohou se v tom tedy lišit.

Někteří badatelé nerozlišují dichotomii „kompliance“ - „nekompliance“. Namísto toho rozlišují „dobrou kompliance“ - „ucházející kompliance“ - „slabou kompliance“ a „nekompliance“. Anebo udávají procenta, nakolik se chování pacienta shoduje s doporučeními zdravotníka. Nejsofistikovanější metodou je udávání indexů zdůrazňujících poměr mezi např. množstvím předepsaného léku, množstvím léku užitého a stanoveného výsledku léčby (DiMateo, DiNicola, 1982).

Důležitou proměnnou v posuzování je i časový průběh ne/kompliantního chování: zda je odchýlení od doporučeného režimu trvalé, přechodné nebo výjimečné.

V potaz je třeba vzít i druh nemoci a způsob léčby, protože to jsou veličiny ovlivňující přísnost kritérií, kterými budeme posuzovat pacientovo chování. Např. u léčby hypertenze je požadována aspoň 80% compliance. Stejná compliance např. u programů snižování nadváhy by mohla vést k významnému vzrůstu hmotnosti (DiMateo, DiNicola, 1982). I u léčby HIV by 80% compliance

nestačila – vyžaduje se compliance 95%, která zabrání vzniku resistance retrovirů (Horne, 1997). Podobné rozdíly můžeme pozorovat i u dvou různých léků: měřítka posuzování compliance anxiolytik jsou přísnější než měřítka hodnocení compliance antidepresiv. Po vzoru J. Urquharta (1993, in Blackwell, 1997) můžeme říci, že antidepresiva jsou vůči nekompliantnímu chování mnohem více „odpouštějící“. Účinnost antidepresiv v těle pacienta je dlouhodobější – jednorázové vysazení se projeví až za delší období a v případě jinak přesného užívání se nemusí projevit vůbec. Vysazení anxiolytika pocítí pacient vždy. Různě náročný bývá i návrat pacienta ke správnému užívání – k užívání anxiolytik se pacient vrací ochotně (vnímá rychle jejich účinek). Obtížnější je to v případě antipsychotik. Bylo zjištěno, že přerušení užívání antipsychotické medikace na dva týdny již není přerušením, nýbrž ukončením léčby – téměř žádný pacient se k užívání antipsychotik již nevrátí (Weiden, Olfson, Essock, 1997). Sepětí mezi „nekompliance“ a jejím dopadem na pacienta vystihuje i diagnostický manuál DSM-IV (APA, 2010). Ten uvádí kategorii „nekompliance s léčbou“, a to tehdy, když vážnost nekompliantního chování je taková, že vyžaduje samostatnou klinickou intervenci (míru potřebné compliance, či vážnost situace však DSM-IV nedefinuje).

Tab. 1 Průměrné procento (a rozsah) pacientů, kteří jsou NEKOMPLIANTNÍ s radou zdravotníka

Typ doporučení:	Průměrné procento (a rozsah při různých výzkumech) pacientů, kteří jsou NEKOMPLIANTNÍ s radou zdravotníka
Neužívání medikace:	
• tuberkulóza	38 (8-76) (Ley, 1976); 42 (28-53) (Dept. of Health, Education and Welfare; in: Ley, 1997)
• antibiotika	49 (11-92) (Ley, 1976)
• Penicilin	45 (11-95) (Dept. of Health, Education and Welfare, 1979; in: Ley, 1997)
• ostatní antibiotika	52 (37-71) (Dept. of Health, Education and Welfare, 1979; in: Ley, 1997)
• antipsychotika	39 (11-51) (Ley, 1976); 42 (19-63) (Dept. of Health, Education and Welfare, 1979; in: Ley, 1997)
• antihypertenziva	43 (24-83) (Dept. of Health, Education and Welfare, 1979; in: Ley, 1997)
• antiepileptika	35 (20-79) (Meichenbaum, Turk, 1987)
• ostatní léky	48 (9-87) (Ley, 1976); 52 (25-89) (Dept. of Health, Education and Welfare, 1979; in: Ley, 1997)
Neužívání medikace	
• při krátkodobé léčbě	25 (nekompliance však během dnů léčby prudce stoupá) (Sackett, Snow, 1979)
• při dlouhodobé léčbě	50 (Sackett, Snow, 1979)
Nedodržení ostatních doporučení (nedostatečné navštěvování skupin připravujících se na porod; na péči o dítě)	55 (30-79) (Ley, 1976); 55 (30-94) (Meichenbaum, Turk, 1987)
Průměrná nekompliance u skupin pacientů	55 (43-62) (Meichenbaum, Turk, 1987)
• senioři	
• děti	50 (34-82) (Meichenbaum, Turk, 1987)
Nedodržení abstinence po jednom roku léčby	(60-80) (Hunt, Barnett, Branch, 1971; in: Ley, 1997)
Neúčast na doporučených tělesných cvičeních, anebo nedodržování dietních doporučení (po půl roce)	50 (Ley, 1997)
Neprovedení „domácích úloh“ vyplývajících z terapie	50 (Levensky, Donohue, 2006)
Ukončení účasti v programu léčby obezity (po 10 až 16 týdnech)	(42-48) (Stunkard, 1986; in: Ley, 1997)
• léčba na klinice	
• léčba v komunitním programu	(30-70) (Stunkard, 1986; in: Ley, 1997)
Příchod na další psychoterapii po prvním setkání	50 (Phillips, 1988)
po sedmém setkání	70 (Phillips, 1988)

Příchod na domluvené setkání se zdravotníkem	50 (Sackett, Snow, 1979)
<ul style="list-style-type: none"> • navrhl-li to pacient • navrhl-li to zdravotník 	70 (Sackett, Snow, 1979)
Nekompliance všeobecně u	(20-40) (Levensky, Donohue, 2006)
<ul style="list-style-type: none"> • akutní léčby • chronické léčby 	(30-60) (Levensky, Donohue, 2006)
<ul style="list-style-type: none"> • preventivních programů 	(50-80) (Levensky, Donohue, 2006)
Další pozoruhodná data	60% neví, jaké léky bere; 14-21% si nevyzvedne recepty; více než 10% bere léky, které byly předepsány pro někoho jiného; 20% bere léky, které jsou prošlé; 25-30% bere léky tak, že to může ohrozit jeho zdraví (Salzmann, 1995; in Levensky, Donohue, 2006; Marks et al., 2000).
Nekompliance zdravotníků	75% lékařů nedodržel předepsané předpisy při vyšetřování těhotných žen (Yoong et al., 1992; in Edelmann, 2000) 56% lékařů změnilo nesprávně medikaci u pacientů s rakovinou (Schleifer et al.; 1991; in Edelmann, 2000) 12% pediatriů nepředepsalo doporučenou léčbu – ve stejných případech se takto zachovalo 59% praktických lékařů

DŮSLEDKY NE/KOMPLIANCE

Diagnostický manuál DSM-IV (APA, 2010) naznačuje, že nekompliance může mít výrazný dopad na život pacienta, jeho okolí i společnost. Autoři literatury o komplianci rozdělují negativní důsledky nekompliance do pěti skupin (Rapoff, 1998):

- Negativní důsledky pro zdraví a pocit pohody pacienta: např. nekompliance v oblasti užívání imunosupresivních léků může vést k neúspěchu transplantace srdce, ledvin či jater; nekompliantní chování při léčbě astmatu může vést k větší mortalitě; užívání antipsychotik lidmi s psychózou má podle J. M. Davise et al. (1993; in Blackwell, 1997) na jejich nemoc podobně pozitivní účinek jako užívání antibiotik pacienty s tuberkulózou (počet relapsů za měsíc je v případě užívání této medi-

kace méně než poloviční). Některé účinky nekompliance mohou být nevratné.

- Negativní důsledky pro ekonomickou náročnost zdravotnictví: Peníze jsou v případě nekompliance investovány do nepoužité medikace. V případě nekompliance roste i počet zbytečných návštěv lékaře či pohotovosti (Reston, 1992; in: Blackwell, 1997), počet hospitalizací (Shea, 2006, Gryfe, Gryfe, 1984; in Edelmann, 2000), snižuje se pracovní produktivita (Shea, 2006; Elliot, 2005), roste procento předčasných úmrtí (Horwitz, Viscoli, Berkman, 1990; in: Shea, 2006; Isometsa, Henriksson, Loqvist, 1992; in: Shea, 2006). E. Čěšková (2007) z těchto důvodů tvrdí, že nejdražší je ten lék, který pacient nebere.

- Negativní důsledky pro správnost rozhodování zdravotníků: slabé výsledky léčby mohou být nesprávně přisouzeny nedostatečnému množství potřebných léků, což může mít na pacienta negativní vliv. Lékaři mohou také mylně plánovat invazivní a riskantní procedury, protože se domnívají, že ty dosavadní nefungují. Častost nekompliance může zdravotníky mást i v opačném směru – že budou přisuzovat nekomplianci i těm pacientům, u nichž nedostatečné výsledky léčby souvisejí s jinými skutečnostmi.
- Negativní důsledky pro klinický výzkum: Např. výsledky výzkumných studií porovnávajících účinnost léku s účinností placeba mohou být v případě nekompliance zavádějící.
- Negativní důsledky pro společnost: Relapsy v případě nekompliance u pacientů s psychózou jsou většinou vážnější, ničivější a nebezpečnější než v případě compliance (Weiden, Olfson, Essock, 1997).
- Negativní důsledky pro zdravotníky: Zdravotníci se mohou cítit frustrováni, když nemohou prosadit léčbu, která by podle jejich názoru mohla pacientům pomoci, někdy dokonce zachránit jejich život (Shea, 2006).

Pro vyváženost této přehledové studie je třeba zmínit i některé negativní důsledky compliance:

Prostřednictvím médií jsou pacienti vystaveni protikladným názorům na způsob léčby v některých situacích (např. zda se nechat očkovat), zprávám o přílišném předepisování léků, svědec-

tvím o vlivu farmaceutických firem na zdravotníky i konkrétním informacím o chybách zdravotníků (Meichenbaum, Turk, 1987). Jsou tedy případy, kdy se pacienti nekompliancí brání proti předepisování přílišného množství léků ze strany lékaře, anebo se chrání před následky zdravotnických doporučení, která popravdě spatřují jako mylná. Případné vyhovění by mohlo ohrozit jejich zdraví (Donovan, Blake, 1992; in Blackwell, 1997; Leape, 1994; in Blackwell, 1997). Compliance může mít i negativní důsledky pro psychickou pohodu pacientů: a to frustraci plynoucí z „nutnosti“ zachovávat léčbu, kterou nechtějí (nemyslí si, že by ji potřebovali; nevěří v její účinnost; považují její negativa za vyšší než její přínosy). Někdy je s kompliancí spjata přijetí diagnózy (AIDS, schizofrenie), což může ohrozit sebezpojetí pacienta (Shea, 2006).

Existují i případy, kdy compliance nutně nepřináší pacientovi nějaké negativní důsledky, ale v podobných situacích bychom ji snad ani neočekávali. Např. v případech nerespektujícího, neslušného a ponižujícího jednání ze strany zdravotníka, bychom spíše očekávali nekomplianci jako nejsnazší cestu odporu pacienta (ten, kdo na to doplatí, však bude pacient). Anebo v případech, kdy si pacient chrání hodnoty mající pro něj větší význam než zdraví upřednostňované zdravotníky (peníze, vzhled), bychom spíše očekávali nekomplianci než komplianci (DiMatteo, DiNicola, 1982).

I mezi badateli se objevuje zpochybňování jednoznačného přínosu compliance: Ze 100 kompliantních pacientů se 63 zlepšilo. K žádné změně, anebo k zhoršení dojde u zbylých 27 pacientů. Pokud by nebyla žádná souvislost mezi kompliancí a zdravotními změnami, očekával by se poměr 50:50. To znamená, že compliance

opravdu souvisí s pozitivními zdravotními změnami. Tato souvislost ale není jednoznačná. Někteří pacienti se navzdory komplianci zhorší (DiMatteo et al., 2002). Z uvedeného výzkumu to nevyplývá, ale jistě existují pacienti, kteří se přes svou nekomplianci zlepšují.

Shovívavější hodnocení nepřináší ani výzkum porovnávající vývoj nemoci (hypertenze) u pacientů kompliantních a nekompliantních (Hays et al., 1994; in Edelman, 2000). Jeho autoři docházejí

k závěru, že úspěšnost kompliantních pacientů je jen o málo vyšší než pacientů nekompliantních. A jsou i tací výzkumníci, kteří vidí nevýhody kompliance: např. R. B. Haynes (1979) ve svém výzkumu ukázal, že compliance s léky na hypertenzi vedla k přijetí nálepky „hypertonik“ a později k výraznému nárůstu nepřítomnosti v zaměstnání. To vše může být další podporou tvrzení, že nekompliance nemusí být vždy maladaptivním jednáním.

ZÁVĚR

Existují různé způsoby zjišťování míry kompliance (nekompliance), každý z nich má své výhody i nevýhody, co se týče přesnosti, nákladnosti a nároků na pacienta. Základní dělení rozlišuje objektivní metody zjišťování kompliance (např. biochemické měření, studium záznamů, pozorování) a metody subjektivní (např. vyplňování záznamů pacientem, dotazování pacienta, jeho blízkých či zdravotníka) (Riekert, 2006). Naměřená míra nekompliance bývá velmi vysoká – u akutní léčby okolo 30 %, u chronické léčby zhruba 50 % a u léčby preventivní 70 %. Zdá se, že nekompliance je přirozeně se vyskytujícím jevem v současném zdravotnictví.

Negativní důsledky nekompliance jsou výrazné v oblasti zdraví a pocitu pohody pacienta, v oblasti ekonomie zdravotnictví i při požadavcích na správnost

rozhodování zdravotníků. Vnímání nekompliance přispívá rovněž k pocitu frustrace zdravotníků.

Na druhé straně je třeba zmínit, že existují i negativní důsledky kompliance: jestliže pacienti vyhoví doporučení, které spatřují jako mylné, může to ohrozit jejich zdraví. Může to narušit pocit jejich životní spokojenosti (když si nemyslí, že by navrhovanou léčbu potřebovali; když nevěří v její účinnost; když považují její negativa za vyšší než její přínosy). Někdy je s kompliancí spjata přijetí závažné diagnózy (AIDS, schizofrenie), což může ohrozit sebepojetí pacientů (Shea, 2006). Nekompliance tedy může být adaptivní reakcí vedenou hodnotami, přesvědčeními, informovanými rozhodnutími.

LITERATURA

1. **APA.** (2010). *DSM-IV. (4th ed.)* New York: American Psychological Association. [Retrieved 7th July 2010 from: <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>]
2. **Baum, A., et al.** (Eds.). (1997). *Cambridge handbook of psychology, health and*

- medicine. Cambridge: Cambridge University Press.
3. **Blackwell, B.** (1997). *From compliance to alliance: A quarter century research*. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
 4. **Blackwell, B.** (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
 5. **Češková, E.** (2007). *Schizofrenie a její léčba*. (2. vyd.) Praha: Maxdorf.
 6. **Davis, J. M., et al.** (1993). Dose responses of prophylactic antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 Suppl., 24-30. In: Weiden, P., Olfson, M., & Essock, S. (1997). *Medication noncompliance in schizophrenia: Effects on mental health service policy*. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
 7. **Department of Health, Education and Welfare.** (1980). Prescription drug products: patient labeling requirements. *Federal Register*, 44, 40016-41. In: Ley, P. (1997). *Compliance among patients*. In: Baum, A., et al. (Eds.). (1997). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
 8. **DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D.** (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.
 9. **Donohue, W. T., & Levensky, E. R.** (Eds.) (2006). *Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
 10. **Donovan, J. L., & Blake, D. R.** (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine*, 34, 507-513. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
 11. **Edelmann, R. J.** (2000). *Psychosocial aspects of health care process*. Harlow, Prentice Hall, Pearson Education Limited.
 12. **Elliot, R.** (2005). *Societal policy and practice*. In: National Co-ordinating 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.]
 13. **Grundmann, M.** (1999). Význam compliance v léčbě hypertenze. *Klinická farmakologie a farmacie*, 13 (1), 6 – 9.
 14. **Gryfe, C. I., & Gryfe, B.** (1984). Drug therapy of the aged: The problem of compliance and the rules of physicians and pharmacist. *Journal of the American Geriatric Society*, 32, 301-307. In: Edelmann, R. J. (2000). *Psychosocial aspects of health care process*. Harlow, Prentice Hall, Pearson Education Limited.

15. **Haynes, R. B.** (1979). *Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens*. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.



OBRÁZEK 7 PHDR. M. JÁNIŠ

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 postupně uveřejňujeme

ETIKA



ILUSTRAČNÍ FOTO 2: M. STIBŮREK, J. KRABEC, L. HORNOVÁ, DEN RODINNÉ TERAPIE

ČERMÁKOVÁ V.: MÍCHÁNÍ A ODDĚLOVÁNÍ

Míchání a oddělování různých forem vzdělávání a supervize mě znepokojuje už delší dobu. Častěji, než bych si přála, se dozvídám o míchání různých vzdělávacích prostorů, což nepovažuji za šťastné, někdy dokonce za nebezpečné. Podělím se s vámi o několik příběhů, které jsem vyslechla ve své terapeutické nebo supervizní praxi.

Příklad 1: Supervizor mi při supervizi jeho vlastní supervizní práce vypráví o tom, jak léta superviduje ženu, která absolvovala psychoterapeutický výcvik v jeho skupině, tj. byl jejím výcvikovým lektorem. Supervize této ženy začala již během psychoterapeutického výcviku a pokračuje dosud.

Moje úvahy:

- *v rámci psychoterapeutického výcviku nedošlo vlastně nikdy k separaci od lektora;*
- *supervizor, podle mého, nemůže dobře oddělovat supervizní a osobní část procesu (hrozí tedy překračování hranice supervize a psychoterapie);*
- *supervizor je velmi mocnou osobou;*
- *neoddělování osobního a profesionálního modeluje pro supervidovaného neodlišování osobního od odborného také pro jeho vlastní práci s klienty.*

Příklad 2: Klientka, která studuje vysokoškolský obor související s pomáhajícími profesemi, mi v terapii vypráví o svém špatném pocitu z teoretické zkoušky. Mimochodem se zmíní, že zkoušející je současně supervizorem její praxe s klienty.

Moje otázka: Může v takovém případě být supervizní prostor bezpečným místem pro zkoumání vlastních nejistot a slepých míst? Otázkou je opět moc supervizora a zkoušejícího v jedné osobě.

V Českém institutu pro supervizi převažuje tendence k oddělování – například kdo učí v supervizním výcviku, nezkouší účastníky výcviku, kdo učí v supervizním výcviku, nevede supervize supervize, které jsou podmínkou pro přijetí k závěrečné zkoušce apod.

Nabízím tedy diskusi a hledání hranic mezi jednotlivými prostory:

- vysokoškolská výuka a hodnocení tamtéž;
 - vedení psychoterapeutického výcviku;
 - supervize;
 - vedení výcviku v supervizi;
 - supervize supervize ke zkoušce v supervizním výcviku;
 - zkoušení při závěrečné evaluaci supervizorů.
-
- **Kde je nutné jasné oddělování rolí a proč?**
 - **Kde je možný překryv rolí a proč?**
 - **Kde záleží na zvážení konkrétní situace?**

V malém českém prostoru je výzev k svedení a míchání mnoho. Nejen ve výuce, ale také v supervizní praxi. Např.

když jeden supervizor provádí v jedné organizaci mnohočetnou supervizi – současně superviduje tým i jeho jednotlivé členy, pořípadě ještě vede supervizi řízení tamtéž. Podobné praktiky nazývané střet či konflikt zájmů známe nejen ze supervizního mikrosvěta, ale také ze světa společnosti a politiky. Jsou základem mocenských a korupčních her.

Pojďme se teď podívat na téma míchání, směšování versus oddělování šířeji, abychom lépe rozuměli tomu, v čem je směšování a překračování hranic tak lákavé.

Můj psychoterapeutický background je v psychoanalýze. Proto jsem při přemítání o míchání a oddělování sáhla po psychoanalytické autorce Janine Chasseguet-Smirgel a její knížce Kreativita a perverze s podtitulem Psychoanalýza lidské tendence posouvat hranice reality. Její pohled mi přijde inspirující, a proto bych vám ho ráda ve stručnosti představila. Pojem „perverze“ autorka pojímá jako fenomén, který zdaleka překračuje perverze sexuální.

Perverzí označuje autorka lidskou tendenci překračovat meze daných podmínek, tendenci k posouvání hranic toho, co je možné, k ohýbání či přeskládání reality. Předpokládá, že každý z nás má v sobě latentní perverzní jádro, které se může za určitých podmínek aktivovat.

Asi všichni známe okamžiky, kdy je překročení nějaké hranice k uzoufání lákavé, kdy balancujeme na hraně rozumu (případně svědomí) a ďábelského našeptávání, že „všechno je přece možné“. A právě v tom, že „všechno nebo kdeco je možné“, je to největší lákání. Že pro nás neplatí limity, to je přímo hojivý balzám pro náš zraněný narcismus. Když se nám podaří

popřít limity, zmizí i naše pocity bezmocnosti, malosti, nepřiléhavosti, konečnosti...

Že zvládneme situace, do kterých se naši „úzkoprsí“ kolegové ani nepustí. Že ušetříme čas a peníze sobě i supervidovaným, když spojíme několik služeb do jedné (něco jako All in one-Nescafé, tedy káva, cukr a smetana v jednom – levnější a rychlejší, jen ne tak dobré).

Že nasytíme svoji hladovost po moci, po penězích, po zakázkách, případně po sexu v kombinaci se supervizí...

Autorka připomíná, že základem naší křesťansko-židovské kultury, etiky a práva je princip oddělování. Tak například židovské náboženství zakazuje v košer kuchyni vařit mládě v mléce jeho matky. V Leviticu XIX:19 Všemohoucí říká: *„Když budeš připouštět dobytek, nesmíš křížit dvojí druh. Své pole nebudeš osívat dvojím semenem. Nebudeš nosit šaty utkané z dvojího druhu vláknů.“* Jinde (XVIII:6-18) vyjmenovává Všemohoucí příkazy spojené s incestem. Jejich cílem je zabránit prolomení bariér, jež zajišťují zachování podstaty věcí.

Např.: neodkryješ nahotu svého otce tím, že bys odkryl nahotu své matky, je to tvá matka, neodkryješ její nahotu; neodryješ nahotu své sestry; neodkryješ nahotu svého syna nebo své dcery (podobně neodkryješ nahotu své tety, strýce, snachy, zeťů, švagrů a švagrových, synovců a neteří...).

Celá kniha Genesis je založena na principech rozrůznění, oddělení, diferenciaci: „Na počátku stvořil Bůh nebe a zemi.“ Bůh přináší do původního chaosu řád a rozděluje ho: „A Bůh oddělil světlo od tmy.“ Bůh také řekl: „Zazelenej se země zelení: bylinami, které se rozmnožují semeny, a ovocným

stromovým podle pokolení jeho.“ Pasáž „podle pokolení jeho“ se tu opakuje jako leitmotiv – zdůrazňuje opět rozrůznování druhů, nabádá k tomu, abychom „nemísili“, vystupuje proti hybridizaci. Člověk, který nerespektoval zákon diferenciaci, se stavěl proti Bohu, byl proti „přírodě“. Vytvářel kombinace nových druhů a nových tvarů. Nahrazoval tak Tvůrce a stával se demiurgem. Všimněte si, že slovo „hybrid“ pochází z řeckého slova „hybris“ a znamená násilí, exces, krajnost, ohavnost. „Hybris“ považovali Řekové za největší hřích.

V kontrastu ke slovu „hybris“ stojí další řecké slovo „nomos“, právo. Znamená původně „to, co je rozděleno na části“. Základem práva je tedy princip separace a oddělování. V řeči označuje osobu, místo nebo věc, což znamená, že ji vyjímá z chaosu a zmatku a definuje ji. Genesis uvádí příběh stvoření nejen jako čas separace a oddělování, je to také doba pojmenovávání. „A nazval Bůh světlo dnem a tmu nazval nocí.“ Když stvořil oblohu „nazval Bůh oblohu nebem“. Opakem „nomos“ je „anomos“, což znamená bez pravidel, bez rytmu, navození zmatku a nedostatek diferenciaci hodnot – tedy živnou půdu pro mísení a situaci, kde „všechno je možné“, pro únik před vlastními podmínkami a okolnostmi.

Poměrně známá je skutečnost, že např. předvečer pádu římské říše byl spojen s uvolněním etických norem. Podobně se „doba vymkla z kloubů“ v době nastupujícího nacismu v Evropě (filmy Kabaret, Spalovač mrtvol).

Všimněme si, že také etické kodexy platné pro supervizi uvádějí *oddělování, pojmenovávání a kontraktování* jako základní prostředky pro zachování bezpečí a nezneužívání supervizního či výukového vztahu.

„3.09 Supervizoři, kteří supervidovaným radí ve více než jedné roli (například jako lektoři, kliničtí supervizoři, supervizoři pracující s týmem), mají v maximální možné míře omezit konfliktní oblasti. V zásadě mají být tyto role rozděleny mezi různé supervizoři. Jestliže to není možné, má být supervidovaný důkladně informován o tom, jaká očekávání a jaké povinnosti provázejí každou roli. Odlišné role mají být odděleny v prostoru a čase.

3.10 Supervizoři nemají mít žádný sexuální kontakt se supervidovanými. Supervizoři se vyhnou společenskému styku se supervidovanými, pokud by mohl ohrozit vztah mezi supervizorem a supervidovaným. Jestliže je z jakéhokoli důvodu omezena objektivita supervizora nebo jeho schopnost profesionálně hodnotit, bude supervizní vztah ukončen.

3.11 Supervizoři nemají poskytovat jakýkoli druh psychoterapie jako náhradu nebo doplněk supervize. Osobní záležitosti se budou během supervize probírat jen z hlediska jejich vlivu na klienty nebo z jiných odborných důvodů.

4.11 Jestliže výcvikový program zahrnuje seberozvíjející zkušenosti, při kterých vyjdou na světlo důvěrné osobní podrobnosti, budou přijata opatření zabraňující tomu, aby se lektoři a supervizoři dostali do konfliktního postavení v případě, že mají ve výcvikovém programu ještě jiné role.“

Výklad v Etickém kodexu Českého institutu pro supervizi (ČIS)

K „vícerolovosti“ dodává: „Doporučuje se to vůbec nedělat nebo alespoň oddělit v prostoru a čase, případně důsledně informovat o změně role. V českých

podmínkách tuto neslučitelnost často nevidíme jako problém, natož abychom si uvědomovali, že může dojít k zneužití vztahu.“

Vůbec se zdá, že v našem středo- a východoevropském prostoru jsme jaksi „tolerantnější“ k překračování hranic reality. Máme sice několik úsloví o sezení na dvou židlích, o tom, že nelze být jedním zadkem na dvou posvíceních. Ale marně jsem v češtině hledala paralelu k anglickému vzájemně se vylučujícímu úsloví *You can not eat your cake and have it*, tedy volně přeloženo Nemůžeš dort sníst a současně ho mít nebo *You can not run with the hare and hunt with the hounds*, tedy Nemůžeš běžet se zajícem a současně ho se psy lovit. Podobné je to u německého varování *Man kann nicht Speck haben und das Schwein behalten*, tedy Nemůžeme zachovat prase a současně z něj mít sádlo. Také si musíme vybrat, jestli chceme krávu dojit, nebo ji porazit: *Man kann die Kuh nur melken oder schlachten*. **Zmíněná přísloví nás upozorňují na skutečnost, že si musíme vybrat, nelze mít oboje.** Zato čeština nás svádí k tomu, že to možné je, aby se vlk nažral a koza zůstala celá (podobně v ruštině I volki syty, i ovcy cely nebo v bulharštině I vlka sit, i agněto celo).

Na závěr ještě úsměvné příklady na téma míchání ze života. Když jsem čekala ve frontě na vyzvednutí balíku na poště v Praze-Dejvicích, s překvapením jsem zjistila, že si tam mohu nakoupit ve stánku i ovčí sýry. Trumfla mě ovšem kolegyně s tím, že v karlínském kostele svatých Cyrila a Metoděje prodávají suši...

Předneseno na „Bruslení v mantinelech etiky II.“ pořádaném Českým institutem pro supervizi dne 19. ledna 2012

LITERATURA:

1. *Chasseguet-Smirgel Janine: Kreativita a perverze – psychoanalýza lidské tendence posouvat hranice reality, Portál, Praha 2001*
2. *Bachmannová Jarmila, Suksov Valentin: Jak se to řekne jinde – česká přísloví a jejich jinojazyčné protějšky, Universum, Praha 2007*

O autorce:

PhDr. Veronika Čermáková je klinická klinická psycholožka, psychoterapeutka, lektorka psychoterapeutických výcviků a supervizorka. Ve své soukromé praxi se věnuje především psychoanalytické psychoterapii dospělých. Pracuje v Praze.

Do redakce přišlo 2. 3. 2012

Recenzní řízení skončeno: 20. 4. 2012

Do tisku zařazeno 31. 5. 2015



RECENZE



CHVÁLA V.: KDE VZÍT V DEKONSTRUOVANÉM SVĚTĚ DŮVĚRU?

(ad Konečná H., Slouková D., Mardešič T.: *Medicína založená na důvěře*, Galén, Praha 2012)

Skoro by se chtělo zvolat: „Ale to je kniha o docela normální lidské medicíně, žádná věda!“ Ano, kniha o medicíně, kde jeden důvěřuje druhému, pacient lékaři a lékař pacientovi, se jmenuje *Medicína založená na důvěře*, kde ono ‚na důvěře‘ nahrazuje přeškrtnuté ‚na důkazech‘. Vedoucí autorského týmu Hana Konečná se obyčejně poněkud provokativně distancuje od zastánců psychosomatické medicíny, vystupuje proti konceptům, ve kterých temné je vysvětlováno ještě

temnějším. Přitom není pochyb, že své studenty na Jihočeské univerzitě vede k vnímání celistvosti člověka, a tak se na výuce psychosomatického přístupu, který kritizuje, sama významně podílí. V této knize zjistíme, proč neprosazuje psychosomatickou, celostní, bio-psycho-sociální medicínu, ačkoli ji vyučuje. Nejspíš proto, že by ráda viděla medicínu jako lidské, laskavé a láskyplné ošetřovatelství, péči, která je plná vzájemné důvěry. Ano, to by úplně stačilo. Na mnoha příbězích, které

nahromadila v rámci výuky od svých studentů (má jich už přes tisíc), ukazuje, že by to nebylo málo. U mnoha zoufalých pacientů by bylo pomohlo, kdyby je někdo jen slyšel, kdyby se našel někdo, kdo by jim „jen“ donesl z domova zuby, které tam zapomněli při náhlém transportu do nemocnice. Nikoli pan primář, vysoce erudovaný odborník, ale studentka zasahuje, aby byla pacientka uzdravena. Nikoli věda s množstvím přístrojů, ale mladá lékařka svým laskavým slovem doslova uzdraví starou paní s amputovanými dolními končetinami, ale teprve když zkušený, avšak arogantní lékař odjede na dovolenou. To jsou příběhy, které dobře ilustrují, oč v medicíně jde. Nejen v té „vědecké na důkazech založené“, ani jen v té „psychosomatické“, ale v té všeobecné, obyčejné a vlastně také jediné MEDICÍNĚ jako takové.

Nápad ilustrovat komplikované teorie skutečnými živými příběhy je moc dobrý. (Dokonce mi něco říká, že tyhle živé příběhy daly vzniknout nápadu, uspořádat knihu... a ano, autorka to v doslovu přiznává.) Živý příběh řekne mnohdy víc než sebechytřejší teorie. A v příbězích často psychosomatický obraz nemoci je nezjednodušený (např. v příběhu s infarktem P99). Nebo je to svědectví o vzniku vážné dechové poruchy (P524), často je však jakoby „somaticky“ uťatý, jako v případě s pálením sliznice ústní (P630) nebo s pokakávající se holčičkou (P241). Všechno vypadá věrohodně až na to, že najednou stačí podat projímadla, nebo jindy léky proti kvasinkám, a nemoc je vyřešena. Ale jsou tady i tragické příběhy se smrtelným koncem, jako v případě nádoru mozku (P771). Příběh má ilustrovat fakt, že onemocnět může i člověk šťastný, ačkoli by přeci podle teorie hopelessness-helplessness onemocnět neměl. Je však třeba dodat, že

zde je vylíčen člověk „navenek šťastný“, o jehož skutečném vnitřním stavu nevíme nic. Máme přece každý svůj vnitřní svět, který nemusí být ostatním lidem dostupný a navenek patrný. Takových vztyčených ukazováků („*Ale pozor!*“) obsahuje kniha dost snad proto, aby se čtenář nechytil do pasti jediné pravdy. To je jistě dobrý záměr autorského týmu. Někde ale toto varování působí přímo proti pokusu o výklad teorie, jako v případě „Teorie rodiny“. V jednom odstavci autoři vyloží, co všechno může rodina „způsobovat“, ale vyberou příklad, který budí dojem psychologické obrany matky, jejíž syn v 9 letech dostal úporný kašel (P379). Ještěže bylo možné to celé nakonec svést na zánět průdušnice, jako by ten spadl na zdravého synka z prvního manželství, jehož matka právě čekala dítě s druhým tatínkem (kterého si nejspíš synek nevybral?), z čistého nebe. Chápu potřebu autorů chránit čtenáře před traumatem z uvědomění si souvislostí nemocí s naším chováním a našimi vztahy, protože právě silné pocity viny jsou nakonec tím hlavním faktem, proč je medicína zohledňující také psychosociální vlivy na vznik a vývoj nemoci tak často odmítána a v dějinách medicíny se stále znovu a znovu ztrácí. Autoři se stále drží takříkajíc na hraně: psychosomatický kontext tady je, ale... nic není jisté.

To je ostatně pravda, práce v psychosomaticce je práce v rámci kazuistik, vždy nová a objevná. Jiří Šimek, jeden z nejzkušenějších v tomto způsobu uvažování, říká, že dobrý psychosomaticky orientovaný lékař vždy znovu s každým pacientem vymýšlí novou teorii. V tom je krása i obtíž psychosomatiky. A to je možná další důvod, proč se autorský tým tak zuby nehty drží svého paradoxního postoje k psychosomaticce: byla by dobrá, kdyby tolik

neškodila. A čím škodí? Zdá se, že především nedostatkem pevného zakotvení, jímž disponuje medicína čistě somatická. Tam je to jasné, laboratorní výsledky jsou daná čísla. Ale co je v psychosomatickém uvažování vlastně jisté? Jedině to, že člověk není jen tělo, ale také duše a vztahy. A do toho si troufá mluvit přece každý. Stejně jako je každý odborníkem na sex a na fotbal. Takže psychosomatice hrozí invaze laiků, kteří si mohou různé způsoby posuzování souvislostí osvojovat (na rozdíl asi od znalostí léků?) a častovat tím své okolí. Jako příklad takového terorizování si autoři vybírají sterilní páry, kterým kde kdo říká, že to mají určitě „od psychiky“, a radí jim, co mají dělat. Je sice možné, že to sterilní páry rozčiluje, ale jen proto přece nejde tak rázně vyloučit existenci psychogenní sterility, jako to dělají autoři s odvoláním na celkem ojedinělou výzkumnou práci (kterou jsme v Psychosomu uveřejnili). Laické rady sice nepomáhají, ale o to podstatnější mohou být hlubší vrstvy naší psycho-sociální reality. Zda je bude možné zahlédnout, nebo ne, hodně záleží na kvalitě vztahu s terapeutem a na jeho zkušenostech a vzdělání. To lze jen těžko nahradit naivní lidovou psychologíí, před kterou autoři nejspíš čtenáře varují. Někdy to ale vypadá tak, jako by chtěli veřejnost varovat před veškerou psychoterapeutickou obcí – a to je škoda. Některé příběhy totiž působí vyloženě jako varování před celostním přístupem (P389), když ve skutečnosti jsou to jednoznačná **varování před špatnou medicínou** jako takovou (praktický lékař naprosto neomluvitelně odbyl svou práci a místo toho, aby udělal jednoduchá vyšetření na cukrovku, spolehl se na to, že paní po rozvodu „to má od psychiky“). Nás psychosomatiky by mohlo uklidnit, že s podobnou vervou, s jakou se autoři pouštějí do psychosomatiky, zacházejí také

s výzkumy, které poukazují na životní styl jako zdroj nemoci, a varují před jeho zbožštěním. Pak, místo toho aby pomáhal, terorizuje široké vrstvy obyvatel, když zakazuje jíst to či ono. A právě tak varují před nadměrnou důvěrou v poslední výkřik medicínské vědy, medicínu založenou na důkazu. Ta měla zajistit zaručenou spolehlivost používaných metod tím nejsolidnějším výzkumem, do jehož metodologie se ovšem dost velká část lidské reality (možná ta nejpodstatnější – naše subjektivita) nevejde. Ani tuto medicínu založenou na důkazech nijak nešetří, když poukazují na metodické nedostatky „zaručeně spolehlivých výzkumů“.

Když je tedy čtenář dostatečně varován před jistotami biologické i psychosomatické medicíny, ale i před jistotami na životní styl zaměřených rad, dostává se do zvláštního stavu bez jakékoli opory. A to je přesně situace postmoderního člověka, kterou tak autoři nejen popisují, ale také navozují. Člověk po dekonstrukci všech jistot. Když se mezi citovanými filosofy ocitne také český virtuální myslitel Jára Cimrman se svou geniální teorií poznání ze hry „Vyšetřování třídní knihy“, uvědomíme si, že postmoderní svět se skládá ze všech možných žánrů, a autoři se tomu nebrání. Jistá míra specifického vtipu je autorskému týmu blízká a to by mohlo situaci čtenáře odlehčit. Jistě, medicína bere samu sebe asi příliš vážně a možná v tom je také část potíží, kterou s ní my lidé máme. Jenže, kde brát jistotu, kde brát důvěru, když všechny metody, které se snaží ji zvýšit, mohou selhat? Nikoli snadno se můžeme nakonec, budeme-li autorům důvěřovat, že to s námi myslí dobře (a takovou důvěru já mám), že v každém případě jde v medicíně o dobré vzdělání a dobrou vůli pomoci svému bližnímu. Být mu k dispozici s celou svou odbornou a lidskou výbavou. Bez toho je

každá medicína, ať si říká jakkoli, potenciálně škodlivá. A naopak, každá medicína, bez ohledu na přívlastek, může být dobrá, když je poctivá a nebrání kontaktu člověka pomáhajícího s člověkem trpícím.

Díky knize, která rozhodně neodradí svou tloušťkou, ale může naopak potěšit svou přístupnou formou, se mohou zájemci o studium medicíny či ošetřovatelství dovědět i o existenci filosofických základů vztahu těla a duše. Je tak sice učiněno podle oblíbeného bonmotu „Jen krátká návštěva potěší“, ale to nemusí vadit. Znalce v této souvislosti může zamrzet, že když už je citován jeho oblíbený autor, jako třeba Gregory Bateson, není to dost přesné. Autoři použili často citovanou větu o

pojetí informace jako „rozdílu, který činí rozdíly“. Tento chybný překlad vzletného citátu se traduje v Českých zemích už dost dlouho a bylo by dobré ho začít opravovat. Původní tvar měl snad znít: „Informace je rozdíl, který činí význam.“ Ale takový už je osud všech zjednodušujících textů a nemusíme to mít autorům za zlé. Protože vedle své nedůvěry k pojmu psychosomatika se hlásí k široce pojaté toleranci Feyerabendova typu: „Žádné nápady, směry myšlení, filosofie, nesmí být zatracovány či vysmívány; to, že nejsou pro konkrétní dobu a oblast inspirativní, použitelné či srozumitelné, ještě neznamená, že jsou úplně špatné.“

V Liberci v květnu 2012

K tisku zařazeno 31.5.2012

AKCE, AKTUALITY



ZPRÁVA O DNU RODINNÉ TERAPIE

Rodinní terapeuti ze zdravotnictví i sociálních služeb se tradičně scházejí 2x ročně v Lékařském domě na Dnu rodinné terapie pořádaným sekci rodinné terapie České psychoterapeutické společnosti J.E.P. a národní střešní organizací rodinných terapeutů SOFT. Tentokrát (17. 4. 2012) jsme se sešli nad tématem *Rodinná terapie a psychosomatika*. Nezvykle plný sál Lékařského domu signalizoval, že o toto téma je značný zájem.

Celý den moderovala dvojice rodinných terapeutů Trapková a Chvála. Ten v úvodu ve své úvaze o místu rodinné terapie v našem zdravotnictví m. j. řekl: „Celostního bio-psycho-sociálního

pohledu na zdraví a nemoc lze dosáhnout z různých míst pozorovatele. Ať už se díváte biologickou optikou lékaře z jedné ordinace, nebo psycho-optikou klinického psychologa, vidíte zpravidla symptom jedince „rozšířený o“ psycho-sociální aspekty, nebo naopak psychologický obraz sociální bytosti „rozšířený o“ její symptomy. I za takovou redukci musíme být vděční v situaci, kdy drtivá část finančních prostředků, které jdou ročně v ČR na udržování „zdraví lidu“, je vynakládána výhradně na rozvíjení jen jednoho velmi úzkého pohledu na zdraví a nemoc, totiž toho biologického. Psychologické či sociální aspekty jsou sice tu a tam

zmiňovány v různých klinických oborech, ale jen jako jakési komplikace původně především biologicky podmíněných chorob, když optikou vyladěnou jen na pozorování biologických aspektů nejsou kupodivu zbadatelné. Optikou nemíníme přístroje, kterými pozorujeme nemocného. Jde především o jazyk, kterým klademe otázky, kterým si pozorované vysvětlujeme, a skrze který jsme vystaveni účinkům pozorované skutečnosti. Málo kde platí tak, jako v medicíně, známá věc: na co se nezeptáme, to se nedozvíme. A co se nedozvíme, to nevidíme.“ A dále: „Ale jaké má rodinná terapie místo v našem zdravotnictví? Řekněme si rovnou, že mizerné. Sama psychosomatická medicína je brána většinou lékařů jako jakási podivná úchylka, něco, co mělo být dávno překonáno „skutečnými vědeckými postupy“ a jen omylem persistuje z pradávných dob průkopníků psychoanalýzy. A o rodinné terapii většina z nich nikdy neslyšela. A pokud něco takového je, tak to patří do rodinných poraden, protože to je nějaký způsob, jakým je třeba pomáhat rodinám, které jsou v krizi. Ze všech dalších příspěvků bylo možno slyšet to, co již v úvodu bylo shrnuto do jedné věty: „Zkrátka rodinná terapie je náš oblíbený nástroj, který lze s úspěchem využít k léčbě často chronických somatických onemocnění s výraznou psycho-sociální složkou vedle všech ostatních způsobů léčby.“ Indikace rodinné terapie v případě psychosomatických poruch (V.Chvála, L. Trapková) mnohé posluchače překvapily tím, jak velký záběr může rodinná terapie mít. Nešlo o pouhou teorii, ale o zkušenosti z více než 22 lety práce rodinných terapeutů na pracovištích, která se zabývají především psychosomatickými poruchami bez ohledu na věk či pohlaví pacienta. Psychiatr MUDr. Jan Krabec

(Jičín) se ve své přednášce zaměřil na Využití principů rodinné terapie v rutinní psychiatrické praxi. Poukázal na řadu problémů spojených s rodinně-terapeutickým přístupem v běžné ordinaci. Vyzdvihl však také klady tohoto přístupu, který by nerad opouštěl.

V panelu věnovaném pracovištím, kde se využívá rodinné terapie k léčbě psychosomatických poruch se sešli odborníci z České Lípy (MUDr. I.Vindušková, MUDr. Ivanovský), z pražské Psychosomatické kliniky (Mgr. M. Stibůrek), Rychnova nad Kněžnou (PhDr. L. Hornová) a další, aby si vyměnili zkušenosti s tímto přístupem. Zavádění rodinné terapie není snadné, ale rozhodně se již nejví jako nemožné v našem zdravotnictví. O tom svědčí dlouho fungující zařízení, jako je Rodinné centrum v Motole nebo Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci.

Odpoledne zazněly kazuistiky, na kterých bylo možno ilustrovat přístup rodinných terapeutů k psychosomatickému symptomu konkrétně. Jako napínavou detektivku sledovali posluchači PhDr. Kateřinu Divišovou, která vylíčila příběh z neurologického prostředí (Praha) „*Provázení separací a snižováním antiepileptik.*“ Nad případem PhDr. Blanky Pöslové (Pardubice): „*Poněkud netypická spolupráce aneb stále hledáme cestu (příběh mentální anorexie)*“ se domluvili zástupci hned tří pracovišť, kteří na případu spolupracují a tak si mohli vyměnit své zkušenosti k prospěchu nezvykle obtížného případu přímo na místě. Den rodinné terapie uzavřela MUDr. Iva Vindušková s MUDr. Michal Ivanovský (Česká Lípa) sdělením „*Využití rodinné terapie v procesu léčby na denním stacionáři pro psychosomatické poruchy*“, ve kterém seznámili posluchače se svým

stacionářem (ISIDA), který se věnuje komplikovaným psychosomatickým případům. Bohatá diskuse provázela většinu přednášek.

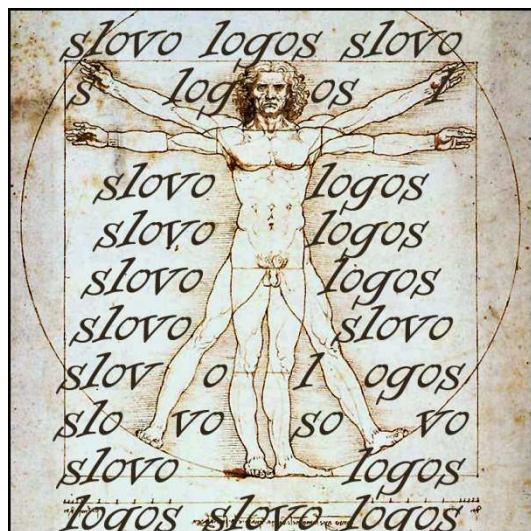
Zapsal V. Chvála

Ilustrační fotografie v tomto čísle jsou právě ze dne rodinné terapie v Lékařském domě dne 17. 4. 2012

14. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI TĚLO-DUŠE-VZTAH JIŽ 11.-13. ŘÍJNA 2012 Liberec, vědecká knihovna

Vážené kolegyně, kolegové, přátelé,

výbor psychosomatické sekce PS ČLS JEP vás srdečně zve na konferenci psychosomatické medicíny znovu do Liberce.



V celé medicínské praxi je středem zájmu tělo. Dokud je tělo živé a trpící, je oduševnělé. Abychom vyvážili přílišné zaměření na tělesnou schránku našich pacientů, chceme věnovat pozornost také jejich duši. Pak je nutné si položit otázku po vztahu ať už těla a duše, tak nás s pacienty. Této rozsáhlé problematice chceme věnovat 14. konferenci psychosomatické medicíny. Po dobrých zkušenostech s prostředím Krajské vědecké knihovny v Liberci se znovu sejdem v jejích příjemných prostorách ve dnech 11. - 13. října 2012. Program bude jako obvykle pestrý, rádi

bychom si však položili otázky:

- Máme k dispozici tělově orientované psychoterapie?
- Lze využít psychoterapii při práci s tělem pacienta a jak? O jaká teoretická východiska se při tom můžeme opírat?
- Může a má každý lékař využívat zkušeností psychoterapie při péči o vztah se svým pacientem? O jaká teoretická východiska se při tom můžeme opírat?
- Co patří do psychosomatické péče základní a co do specializované?
- Jak vyučovat základní psychosomatickou péči v praxi a jak dále ve výuce na lékařských fakultách?

Aktivní účast na konferenci přislíbili: Karel Balcar, Drahomír Balašík, Ludmila Bartůšková, Marcela Bendová, Klára Čížková, Vladimír Dvořáček, Karel Koblíček, Martin Konečný, Hana Konečná, Jan Kulhánek, Andrea Malá a B.A.Hons, Květa Palusková, Lucie Pelková, Jan Poněšický, Tomáš Procházka, Pavel Roubal, Ingrid Strobachová, Daniela Stackeová, Monika Stehlíková Lešková, Radana

Syrovátková, Marek Orko Vácha, Michal Vančura, Eli Weidenfeld, Zedková Iveta a další. Program bude sestaven z přednášek, dílen a posterů. Všechny informace sledujte na portálu konference: www.lirtaps.cz/14_konference.htm

VĚDECKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

MUDr. Vladislav Chvála
Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s.
Jáchymovská 385, 460 10, LIBEREC 10, Česká republika
Tel: +420 485151398
• E-mail: chvala@sktlib.cz

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

Sekretářka paní Menclová
Tel.: +420 485151398
E-mail: menclova@lirtaps.cz
Informační server: www.lirtaps.cz/14_konference.htm

Na setkání s Vámi se těší
za výbor psychosomatické sekce PS ČLS JEP
MUDr. Vladislav Chvála

DOZVUKY SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU 11. 5. 2012

Za velkého zájmu malého počtu účastníků přednesl kolega F. Irmiš příspěvek na téma: *Stres v komunikaci mezi lékařem a pacientem: příklady, psychosomatika, etika...* (Pokud by téma ty, kdo dali přednost jiným činnostem před setkáním Sdružení, ještě zajímalo, lze je odkázat do Časopisu pro praktické lékaře, kde kolega Irmiš publikuje: *Stresové situace lékaře jako pacienta: komunikace, vyšetření, zkušenost, etika*). Posbíral příběhy a střípky

příběhů, ve kterých lékař pronáší výroky, jež pacienta stresují a nezřídká traumatizují. Z některého pohledu se ten výčet mohl jevit jako seznam komunikačních chyb lékařů. Jenže z jiného se v nich zrcadlí například fakt, že komunikace v terapeutickém vztahu je ovlivňována hierarchickou strukturou medicíny. Pluralita pohledů, tolik vlastní systemické terapii, a blízká i dalším psychoterapeutickým směrům, je něco bytostně cizího systému medicíny. Zde

vládne hierarchie, sub- a supraordinace, a je zde očekáván jednoznačný a pevný názor odborníka. Tato nekompatibilita může být jedním ze zdrojů nedorozumění, a až absurdně znějících příběhů.

Kriticky bylo konstatováno, že ani laboratorní a zobrazovací vyšetření nepřinášejí do terapeutického procesu záruku exaktnosti. Ač jde o vyšetření pomocná, směřují k tomu stávat se určujícím vodítkem pro stanovení diagnózy. Přitom nemohou být nositelem jistoty, potřebné pro hojivý proces. Navíc systém současného zdravotnictví při snaze o zabezpečení léčebných procesů posiluje byrokraticky kontrolní mechanismy. To vede k stresování a přetěžování zdravotnických pracovníků, aniž by to ve svém

důsledku přineslo zdravotnictví profit. Jak uhájit prostor pro terapeutický proces s pacientem, když náš svět je zaplněn stále více kontrolujícím a méně podpůrným systémem zdravotnictví?

V přednášce došlo i na druhou stránku vztahu, a to na otázku, jak pacienti stresují nás zdravotníky. Snad někdy příště by se hodilo dát tomu víc prostoru. Toto téma se zpracovává mezi zdravotníky takřkajíc v zákulisí, ale hovořit o něm veřejně (mimo balintovské skupiny) je, zdá se, trochu tabu.

(Reflexi sepsala Z. Hánová s přispěním kolegů)

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SPPS 1. 6. 2012

Přítomni: Z. Hánová, O. Masner, D. Jandourková, Z. Vondřichová, E. Kravarová

Host: R. Plchová

Omluven: P. Roubal

1. Program:

- 1.1. Setkání s Mgr. Rumlem přesunuto na listopad, pravděpodobně 6. nebo 7. 11. 2012 (vyřídí I. Vondřich) – na výzvu I. Jirmanové stanovujeme setkání v říjnu a listopadu na jiný pracovní den než pátek.
- 1.2. Vyzýváme členskou základnu k aktivní účasti a vyhlašujeme setkání 2. 10. 2012 jako volné pro prezentaci členů. Pokud by byl větší počet zájemců, další prostor bude v lednu či únoru 2013. Přihlášky k prezentaci a jiné aktivní účasti prosíme na info@sp-ps.eu.
- 1.3. 7. 9. 2012 se uskuteční Bálintovské setkání vedené PhDr. A. Paloušovou, přihlásit se je třeba předem. Pro členy SPPS účast 100Kč, pro nečleny 200Kč. Domlouvá Z. Vondřichová, na místě zajistí Z. Hánová.

2. Přípomínky E. Ryse:

- 2.1. Výbor se zabýval připomínkami MUDr. Ryse k výroční zprávě za rok 2011. Odpověď zašle Z. Vondřichová, D. Jandourková a Z. Hánová zkontrolují správné znění účetní uzávěrky na webu.

3. **Finance:**
 - 3.1. Nyní zpracovává účetnictví účetní pí. Jojková, vyřizuje D. Jandourková
 - 3.2. E. Kravarová rozešle členům, kteří zatím nezaplatili příspěvky za minulý (9 členů)či tento rok, další výzvu, příspěvky je třeba zaplatit do 30. 6. 2012. Pokud tito lidé nezaplatí, budou na členské schůzi navrženi k vyloučení z SPPS.
 - 3.3. Po ukončení placení příspěvku skončí aktualizace přehledu členské základny.
4. **Stanovy** – Z. Hánová pošle výzvu revizorovi P. Roubalovi k pravidelnému sledování dodržování stanov SPPS.
5. **Strukturace činnosti SPPS** – Z. Hánová navrhuje vyzkoušet pracovní metodu funkčních dvojic.
6. **Konference v Liberci:** O. Masner se již při minulém setkání výboru zhostil role koordinátora za SPPS při přípravě Psychosomatické konference v Liberci (chybělo v minulém zápisu, omlouváme se). Podal zprávu o stavu příprav: za SPPS zajišťuje J. Švecová dance terapeutku, Z. Hánová vyřídí s E. Weidenfeldem přípravu workshopu. D. Jandourková poskytla V. Chválovi další kontakty na osobnosti, které byly navrženy na aktivní účast na konferenci při přípravném setkání SPPS na podzim.
7. **Různé:**
 - 7.1. Zatím nemáme kapacitu prezentovat se v tisku pro laickou veřejnost.
 - 7.2. Komunikaci výboru přes Skype necháváme na podzim.
 - 7.3. R. Plchová chystá neformální setkávání lidí, kteří se zajímají o psychosomatiku, dá nám vědět.
 - 7.4. Nápad na další program (příští rok): P. Rozmarová – interna a jóga, Z. Vlčínská – hlas a terapie. Zatím necháno volně, čekáme na zájem členské základny i na další jednání o programu.

Zapsala Z. Vondřichová

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); zaslát 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 rozlišujte 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.

