

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Fůrst: 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 1/2011 dne 31. 8. 2012, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 8. 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>

Psychiatrie
pro praxi

Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

PSYCHOSOM (X. ročník) 2012, číslo 2

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření se podílí řada vysokoškolských pracovišť. Je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praktiky a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., Oddělení somatopsychiky VFN v Praze
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Technická univerzita v Liberci a 2. LF UK Praha
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D., 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, Ph.D., Katedra fyzioterapie FTVS UK Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, Ph.D., 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 3/2012

EDITORIAL.....	142
<i>Honzák R.: Jenom brázda lesklá</i>	<i>142</i>
PRAXE.....	146
<i>Chvála V., Trapková L.: Indikace k rodinné terapii v psychosomatice</i>	<i>146</i>
<i>Jániš M.: Kompliance (část III.) – Teoretické modely.....</i>	<i>165</i>
DISKUSE.....	175
<i>Ad Jániš M.: Kompliance I., Kompliance (Část II.) – zjišťování, důsledky</i>	<i>175</i>
<i>Čepický P.: Ad Medicína založená na důvěře.....</i>	<i>177</i>
<i>Poznámka recenzenta:</i>	<i>207</i>
<i>Odpověď autora:</i>	<i>208</i>
AKCE.....	209
<i>Kabát J.: Setkání myslí terapeutů – „čejenská“ konference na Psychosomatické klinice v Praze.....</i>	<i>209</i>
ČTRNÁCTÁ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI	212
PROGRAM	216
Čtvrtek 11. 10. 2012:.....	216
Pátek 12. 10. 2012	217
Sobota 13. 10. 2012	218
<i>Abstrakta.....</i>	<i>219</i>
<i>Účastníci 14. konference v Liberci</i>	<i>248</i>
Pokyny pro autory časopisu	139

EDITORIAL



HONZÁK R.: JENOM BRÁZDA LESKLÁ ¹

¹ Jen dál! Čas nový nové chce mít činy,
den nový vzešel k nové práci nám,
jeť sláva otcův krásný šperk pro syny —
však kdo chceš ctěn být, dobuď cti si sám!
Kde přítomnost jak dítě pozastesklá,
vše dávná sláva, byť v ní démant hrál,
je za korábem jenom brázda lesklá —
napněte lana — vzhůru plachty — dál!
Jan Neruda: Jen dál!

Details a reálie mě přitahují, přestože nejsem v zásadě vůbec detailista. Nicméně jedno embolické slovo nebo jeden chybný výkon poskytne často více informací než desetiminutový projev. Konečně už Karel Poláček napsal, že jediný pohled do karet spoluhráče

znamená často daleko více než dlouhé bloumání nad listem. Na Karkulce mě víc zajímá soustava švindlů než skutečnost, že hrdinky umordovaly chráněné zvíře, což však nikterak neopomím. Na Popelčině svatbě se nenechávám oslepit leskem šperků a předloženým menu natolik, abych mimoděk nepomyslel na princeznu

Dianu. Hledám souvislosti, hledám vztahy, které jsem schopen postřehnout v drobných skutcích věrohodněji než v oficiálních deklaracích. Začíná to u anamnézy.

Lidská paměť se podobá palimpsestu s několika vrstvami a je dobré, ba dokonce žádoucí propracovat se k té nejspodnější. Nebývá tak nedostupná, jak se na první pohled zdá. Je nezbytné se naučit slyšet nejen to, co nám pacienti říkají, ale také to, co neříkají. Někdy při prvním sezení, při němž již tuším, že víc materiálu zůstává ukryto pod hladinou, dám pacientce (muži většinou velmi neradi píšou) čistý papír se žádostí, aby mi na něm přinesla příště příběh nazvaný „Byla jedna holčička“.

Za týden se mohu dočíst, že byla jedna holčička, ta měla hrozně hodnou maminku a hrozně hodného tatínka a taky hodnou sestřičku a hodnou paní učitelku a hodné sousedy a snad i hodnou vládu, a pak najednou přišla zlá nemoc. Uschovám to do archlívu a vydám druhý čistý list s prosbou o jiný příběh.

Ten pak stojí za čtení. Byla jedna holčička, které říkali doma „děťátko-nechtěňátko“ a maminka ji často svěřovala babičce, která se o ni starala. Když jí bylo deset let, provedla ve škole nějakou nevelkou lumpárnu a maminka jí řekla: „S tebou je od počátku jen trápení. Ty ses vůbec neměla narodit.“ To ji zarazilo, pídila se proto po dalších informacích a od sestry starší o deset let se dozvěděla krutou pravdu: „Voni tě nechtěli.“ A mám náhle před sebou kus obrazu jejího dětství s významnými okolnostmi. Myslím, že o tyto souvislosti by se měli zajímat i jiní odborníci než jenom psychoterapeuti. Na průběh onemocnění to svůj vliv má. Někdy zásadní; třeba když se ta holčička naučila, že jediného láskyplného

zacházení se jí dostane, jestliže je nemocná.

Velmi poučný příběh o téměř masové desinformaci jsem sice už jednou otiskl, vzhledem k tomu, že to bylo v Lékařských listech, které nejsou mezi psychosomaticky orientovanými terapeuty běžně odebíranou a sledovanou tiskovinou, troufám si jej v zájmu pointy zopakovat.

Na přednáškách a seminářích se dotazují, proč princezna Lada, ano, ta se zlatou hvězdou na čele, trojí výbavou od Versaceho, kabelkou od Luise Vuittona a myším kožíškem uprchla z rodného zámku a přihlásila se do služby jako pomocná síla v kuchyni sousedního krále. V drtivé většině, která procentuálně připomíná výsledky voleb z období reálného socialismu, se dovídám, že se tak stalo proto, aby nemusela pojmout za manžela zlého krále Kazisvěta, který jejímu hodnému tatínkovi vyhrožoval válkou.

„Ad fontes!“ hýkám pak nabádavě. Prameny totiž zpívají něco úplně jiného. Podívejme se, co píše Božena Němcová ve svých Pohádkách a báchorkách o princezně se zlatou hvězdou na čele:

„Byl jeden král a královna a ta královna měla na čele zlatou hvězdu. Měliť se sice manželé velmi rádi, ale bohužel jejich blaženost dlouho netrvala. Žalost královu není možná vypovědět ani vypsát, to ví jen ten, kdo ztratil, co miloval...“ Královna při porodu zemřela a král po ní několik let truchlil. Nakonec se na naléhání dvořenínů vypravil do světa hledat ženu, a to úplně stejnou, neboť královna na smrtelném loži ho zavázala, aby si jinou nebral, než která jí bude docela podobna. Po světě chodil dlouho, leč marně.

„...žádná nebyla podobna zemřelé paní. Smuten vrátil se domů. Tu mu běží vstříc

Lada a vroucně ho z daleké cesty vítá. Král ztrnul nad rozkvětlou pannou. To byla ona, to byla ta žena, kterou nade všecko miloval, ty oči, vlasy, tělo, tu zlatoskvoucí hvězdu na čele, všecko měla Lada, dcera její. Běda, běda! pomyslí si král. Co viděl podobu své ženy, zbudily se v něm všechny památky na minulou blaženost, tak že div nezoufal. Konečně umínil v své rozbouřené mysli, že si vezme Ladu za ženu, chtěje zvrátit ukrutné vrchy, které v tom poměru mezi něj a ji příroda postavila...“

Bať, bať, žádný Kazisvět! Incest jak hrom v českém bájesloví! Lada svatbu zdržovala objednávkami garderoby, a když nebylo jiného zbylí, uprchla. Dopadlo to nakonec dobře. Královna se krvesmilnému tatíčkovi zjevila ve snu, vyčinila mu do starých hnusných prasáků, on se umravnil a Lada se v sousedním království šťastně provdala. Lze předpokládat, že tam dopadne lépe, než princezna Diana, neboť je z královské krve.

Obsah tohoto čísla Psychosomu nenaznačuje, leč jasně ukazuje na generační obměnu v české psychosomatice. Z těch „mladejch drzejch ve svetru“ se stali stařešinové hnutí. Hlasy z mé generace snad ještě nejsou vnímány jako krákání starců přemoudřelých a než tento čas nastane, neškodí malá bilance – anamnéza.

Myšlenka psychosomatického přístupu se netěšila v medicíně moc velké přízni, reálsocialistické hodnocení ji označilo za reakční pavědu a současná EBM na ni pohlíží úkosem. Nepodařilo se jí infiltrovat ani mezi lékaře první linie, vedení jejichž vědecké společnosti prohlásilo nedávno, že námi navržených psychosomatických kurzů jim netřeba, „to všechno uměj a dělej“. Chybělo jen, že tak činí „od nepaměti“. Na medicínských luzích byla sice pečlivě

opatřovanou bylinkou, ale jen několika zahradníky vzadu na smetišti. Podobně jako blahé paměti konopí v jednom – co do návštěvnosti – podivuhodně úspěšném AT středisku. Na rozdíl od trávy, nezískala atribut „první v Evropě“.

Bilance mé generace je mínusová ještě v tom, že partyzáni, kteří spolu táhli v dobách útlaku, se po rozpadu Československa rozešli také, čímž se na obou stranách síly scvrkly na polovinu. Bylo to jasné hned na prvních samostatných již jen slovenských Pezinských dnech, kam jsem tehdy jel a k cestě marně lákal do prázdného auta své dřívější spolujezdce. Navíc odešly na věčnost osobnosti somatické medicíny, jejichž podpůrné hlasy měly svou váhu. Abych vzpomněl svých nejbližších: Zdeněk Mařatka a Ota Gregor. A Slávek Baštecký, jehož rigidita a obsedantnost nejednou fungovaly jako efektivní beranidlo.

Jsou na místě slova dalšího z klasiků: psychosomatická myšlenka nevzkvétá. Velký tvůrčí a duchovní potenciál našich národů není smysluplně využit. Navzdory tomu, že v IPVZ pravidelně probíhají několikastupňové kurzy, že funguje v Praze Psychosomatická klinika, že jsem několikrát do roka velmi srdečně zván na skutečně reprezentační setkání somatických odborníků s divácky úspěšnou přednáškou „Jak se dívat na psychosomatickou medicínu“, že jsem po deset let infikoval mediky své rodné Alma mater a ještě o něco déle udržoval biopsychosociální rubriku v Praktickém lékaři. (Ty poslední řádky byly o mně, neboť kdo jiný zhodnotí mé zásluhy, když ne já sám? Posmrtně už mi to bude na nic.) Psychosom vychází – opravte mě, mýlím-li se – jen díky obdivuhodné nezdolné zařatosti Vládi Chvály a jeho blízkých, navzdory tomu, že cech redaktorů recenzovaných periodik zabetonoval cestu k dosažení této

(pochybné, ale asi nezbytné) mety. Psychosomatické sdružení je v medicínské komunitě hlasem několika volajících na poušti.

Pracujeme s příběhy pacientů, známe zákonitosti dramatu. Také víme, že psychoterapie je změna. Kam nás vede s železnou logikou náš příběh? Příběh nechtěného dítěte, sirotka z královské krve a také s královskými geny (to je nadějně, ale může to být i důvod mordu), který aby obstál, přijal za své miniscénáře Mavis Kleinové, musíš být silný (=sám), musíš se nažít (=ale neuspět), musíš být vstřícný (=oni ti to ale nikdy neoplatí) a musíš být dokonalý (=udělat nemožné). Možná se pletu, ale já tyhle neurotické rysy vidím. A další osudovou cestu rovněž.

Vidím ale také možnost změny. (Teď si připadám jak starý Major, Willingdonská krása, hovořící ve stodole ke zvířatům pana Jonese o jejich velké budoucnosti.) Je naprosto nezbytné více se otevřít směrem k ostatním oborům medicíny. To, že jsme se vymkli psychiatrii (při troše fantazie nahlížené jako Ladin královský tatínek), neznamená, že ji nemáme také ovlivňovat. Je třeba říci, že pokud předseda Psychiatrické společnosti veřejně prohlašuje, že jeho obor stojí na bio-psycho-sociální platformě, že se přinejmenším hluboce mýlí.

Je třeba publikovat. Nejen v uzavřeném okruhu odběratelů tohoto výborného čtvrtletníku. Vytáhnout příspěvky na takovou úroveň, že budou ozdobou recenzovaných časopisů. Ty z líhně

olomouckého Solenu mají docela slušný ohlas. To je stejné jak ve světě šoubyznysu: o kom se nemluví, ten není. Je třeba instilovat ostatní obory, shora to nepůjde, je nutné navazovat kontakty zdola. Víím z praxe, že prvním úspěchem takovýchto aktivit je přísun pacientů, s nimiž si kolegové nevědí rady. Časem se to ale zúročí.

Ivan Illich, kterého jsem překládal, měl pravdu mimo jiné v tom, že medicínský establishment je nereformovatelný zevnitř. Je proto třeba obracet se na laickou veřejnost. Spolek na záchranu a spasení pacientů, či jak se to jmenuje, nezastupuje nikoho jiného než sám sebe, přesto sedí u stolů, kde se schvalují důležité věci, kterým sice jeho zástupci nerozumějí (byl jsem před pár lety na dvou sezeních, víím, o čem mluvím), ale které ovlivní. Tam je potřeba se dostat také, navzdory tomu, že se nám to, jako všechny byrokratické procedury plné manipulací, oškliví.

Naše generace předává psychosomatické žezlo, které se jeví drobet slabé, drobet nefunkční. Má však jednu zásluhu, kterou jí nelze upřít. Za jejího aktivního přispění a pomoci vyrostli velmi kvalitní gurúové a mladí vlci došli už do zralého období. Tak makejte! Žezlo už si musíte napucovat sami! Není to sice jednoduché, ani moc vděčné, ale v každém případě to je sranda, která za to stojí!

A možná, že je to všechno jinak.

31. 8. 2012, shodou okolností den 15. výročí smrti princezny Diany, což nebyl úmysl, ale synchronie.

radkinh@seznam.cz

PRAXE



CHVÁLA V., TRAPKOVÁ L.: INDIKACE K RODINNÉ TERAPII V PSYCHOSOMATICE

Souhrn: Chvála V., Trapková L.: Indikace k rodinné terapii v psychosomatice, PSYCHOSOM, 2012(3), s. 146- 164

Autoři shrnují svou více než dvacetiletou zkušenost z práce s rodinami s nemocným členem a zamýšlejí se nad indikacemi k rodinné terapii psychosomatických poruch. Vycházejí přitom z vlastního vývojového modelu rodiny jako sociální dělohy. Psychosomatický symptom chápou jako somatizaci intrapsychických konfliktů a obtíží ve vztazích v průběhu proměn triády matka-dítě-otec od početí dítěte až po jeho dospělost. Rodinnou terapii především v modu narativní terapie uplatňují v týmu spolupracovníků,

ve kterém jsou zastoupeny také další psychoterapeutické školy. Považují za samozřejmé, aby rodinný terapeut spolupracoval při léčbě psychosomatických poruch se somatickým lékařem a vzájemně se respektovali.

Klíčová slova: somatizace, psychosomatická porucha, rodinná terapie, indikace rodinné terapie

SUMMARY: Chvála V., Trapková L.: Indications for family therapy in psychosomatics, PSYCHOSOM, 2012(3), pp. 146- 164

The authors summarize their more than twenty-year experience in working with families with an ill member and they reflect the indications for family therapy of psychosomatic disorders. This is based on the authors' own developmental model of the family as a social uterus. Psychosomatic symptoms are seen as somatization of intrapsychic conflicts and difficulties in relations during the transformation of the mother-child-father triad from the conception of the child until his/her adulthood. Family therapy, especially in the mode of narrative therapy, is applied in a team of collaborators, in which there are also represented other psychotherapeutic schools. I take for granted that a family therapist works with a somatic physician in the treatment of psychosomatic disorders and that they respect each other.

Keywords: somatization, psychosomatic disorder, family therapy, family therapy indications

ÚVOD

Rodinný terapeut, který se etabloval na půdě zdravotnického zařízení, může být zaskočen otázkou, jaké případy jsou vlastně k rodinné terapii vhodné, neboli jaké jsou indikace k rodinné terapii. On sám považuje za pacienta celou rodinu jako systém, takže s tím nemá obvykle problém, ale jak to vysvětlit ostatním zdravotníkům, kteří pochopitelně uvažují jinak? Proto jsme se pokusili shrnout naše zkušenosti v tomto textu. Nebudeme se zabývat prokazováním vlivu psychických a sociálních faktorů na zdraví a nemoc jednotlivce. Od toho jsou zde celé učebnice a spousta materiálů. (Uexküll, 2003) Rovnou vyjdeme ze zkušenosti, kterou jsme během více než 20 let práce s rodinami chronicky nemocných učinili. (Chvála V. , 2009)

Indikace pro příjem pacienta do léčby na naše pracoviště, ať už ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, nebo v Ordinaci klinické psychologie a psychoterapie v Praze, byly definovány hodně široce a odpovídaly později prosazovanému pojmu medicínsky nevysvětlitelných symptomů – MUS (Medical unexplained symptoms). (Page & Wessely, 2003) Pracoviště SKT jsme podřídili krajskému odborníkovi pro všeobecné lékařství, protože jsme měli zkušenost, že převážná většina těchto lékařsky nevysvětlitelných stonání dříve či později končí u praktiků. A ti pak už nenacházejí další možnosti léčby, když somatizace sice ukazuje na tělesné potíže, ale nález je minimální. (Fink, Sorensen, Engberg,

& al., 1999) Takovéto medicínsky nevysvětlitelné potíže se ostatně dostaly do centra pozornosti i jinde ve světě především pro svou obtížnost a ekonomickou náročnost. (Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2001) Problém je, že lékaři nejsou vybaveni možnostmi ovlivňovat psychosociální aspekty tohoto typu stonání, což je potřeba, jak ukázal Salamon. (2004)

Rodinná terapie, nejprve Minuchin a Milánská škola systemické terapie, nám byly inspirací, i když jsme si byli jisti, že pro převážně somatizující pacienty budeme potřebovat také tělové techniky a nebudeme moci zůstat jen u rodinné terapie. (Minuchin, 1977) Potřeby pacientů a také právě vznikající prostředí zdravotních pojišťoven si nakonec vyžádala složení týmu, ve kterém nejsou jen rodinní terapeuti, ale také kolegové jiných směrů, ať už lékaři či kliničtí psychologové nebo fyzioterapeuti. I v zahraničí se osvědčilo zřizování takovýchto malých týmů zaměřených na léčbu somatizační poruchy. (Matalon, 2002) Pokud jde o věková omezení, za šťastnou okolnost dodnes považujeme skutečnost, že jsme se rozhodli neklást překážky žádné věkové skupině. Díky tomu máme zkušenosti se somatizací ve všech věkových kategoriích, od kojenců po lidi ve vysokém věku. Blízkost nemocnice krajského typu umožnila, abychom přijímali pacienty dobře vyšetřené, s vyloučením závažných somatických příčin stonání, které by vyžadovaly primárně somatickou léčbu v některém z oborů, a v případě závažných

onemocnění jsme mohli během rodinné terapie spolupracovat s odborníky příslušného oboru. (Hotopf, Nimuan, & Wessely, 2001) Relativní nevýhodou tohoto uspořádání je nepoměr kapacity našeho pracoviště (800–1000 nových pacientů ročně) s kapacitou ostatních zdravotnických zařízení ve spádové oblasti, když zvážíme, že až 40 % všech pacientů může potřebovat takovouto specializovanou péči. (Fink, Sorensen, Engberg, & al., 1999) V tomto uspořádání jsme vydrželi pracovat v rámci zdravotnictví více než dvacet let a práce se dále rozvíjí. Souběžně s tím se v systému postupně vytvářejí podmínky pro vznik dalších podobných pracovišť v duchu koncepce základní psychosomatické péče, kterou můžeme převzít od německých kolegů. (Tress, Krusse, & Ott, 2004)

Většina lékařů pracuje v rámci jedné specializace, která se zabývá jen částí tělesné schránky člověka, nebo se omezuje na určitý věk pacienta, dítě či dospělého, nebo jen na jedno pohlaví. Náš kolega Torben Marner z Kodaně, který nás významně ovlivnil, když nás naučil narativní terapii s externalizací, byl např. specialistou na práci s dětmi od 6 do 15 let. Taková formální a převážně jen administrativní omezení brání ve výhledu na celek stonání. Ten se totiž odehrává vždy v rodině, a její systémové vlastnosti potřebujeme zahrnout do zorného pole. (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1997) Jen tak můžeme vysvětlit a pochopit velkou část podivných somatizací jedince systémově na vyšší logické úrovni.

RODINA JAKO SOCIÁLNÍ DĚLOHA

Souhrn našich zkušeností s takto definovanou množinou pacientů, jichž našimi pracovišti prošlo přes 20 tisíc, jsme představili odborné veřejnosti jako triadický vývojový model rodiny, který jsme nazvali „Rodina jako sociální děloha“. (Trapková & Chvála, 2004) Vývoj jedince uvnitř rodiny, jeho uvolňování a zakládání nového generativního útvaru můžeme sledovat jako organismus, který má své zákonitosti, svou stavbu a fyziologii. Ta prochází fázemi růstu, stagnace a přechodu do dalšího vývojového stadia celého systému. (Breunlin, 1989) V tomto není náš model v rozporu s jinými vývojovými modely rodiny i individua. (Carter & Mc Goldrick, 1980); (Erickson, 2002) Jiní autoři popisují vznik monogamní rodiny se vznikem otcovství¹ a soudí, že s jejím začátkem je svázán vznik kultury, které naopak s úpadkem otcovství hrozí zánik. (Zoja, 2005) Současná rodina rozhodně prochází mnoha proměnami a krizemi. Symptomy je pak možno vidět jako součást emočního pole v systému rodinných vztahů, které se při stagnaci či přechodu do nového stadia vývoje proměňují a působí na každý jednotlivý organismus. Fakt, že až 50 % rodin se rozpadá, vůbec neznamená, že lidé žijí mimo rodiny. Především dítě ke svému vývoji obě rodičovské postavy nezbytně potřebuje a stabilita rodinných vztahů je pro jeho aktuální i budoucí zdraví, nejen psychické, ale i tělesné, sociální a duchovní, velmi důležitá. (Baram, a další, 2010) Rozvodem řeší rodiče jen svou neuspokojivou partnerskou situaci, pro jejich vztah s dětmi, tedy pro rodičovství, je to zpravidla komplikace.

¹ Na rozdíl od mateřství, které plynule navazuje na mateřské instinkty předchozích savců.

Kromě toho i dospělí mají své rodiče, kteří se mohou dožadovat péče. Tak nepovažujeme za přehnané tvrzení, že všichni pacienti žijí nějakým způsobem v rodině či s rodinou.

Indikace k rodinné terapii, jak je předkládáme, vycházejí především z naší terapeutické zkušenosti s rodinami v jednotlivých vývojových fázích. (Chvála, Trapková, & Skorunka, 2012) Je nám přitom jasné, že sama vhodnost indikace z hlediska rodinného systému a jednotlivých symptomů ještě neznamená, že rodinná terapie proběhne, nebo že bude nutně v jednotlivých případech úspěšná. Protože nedílnou součástí indikace je také faktická možnost práce s rodinou, tedy existence pracoviště, kde by mohla být rodina se symptomem přijata a ošetřována, a to nejpodstatnější- totiž motivace rodiny takovou léčbu podstoupit. Rodinná terapie, jak ji chápeme, se jistě nestane nástrojem většinové medicíny, protože by vyžadovala důslednou změnu paradigmatu na straně zdravotníků i laiků. (Komárek, 2005) Centrem naší pozornosti by se musela stát rodina, nejen jedinec, jak je to dosud samozřejmé. Způsob práce lékaře by musel kromě dnes běžných rutin obsahovat navíc další dovednosti, jako je *stranění všem, hypotetizování a práce s jazykem*, jak je dnes využívají rodinní terapeuti. Zvažte, jak k tomu máme daleko. V jednotlivých případech tam, kde jsou k tomu vhodné podmínky, můžeme indikovanou rodinnou terapií prospět pacientům, jejich rodinám a koneckonců i medicíně, která si dosud s těmito případy nedokáže svými prostředky poradit jinak, než je pouze dispenzarizovat a ulevovat chronicky nemocným paliativními prostředky.

Je ostatně otázkou, zda by bylo užitečné pokaždé sahat rovnou k rodinné terapii, když jistá míra stonání podle nás k běžnému životu rodiny patří a většina rodin nepotřebuje k tomu, aby se uzdravila, zásah rodinného terapeuta a většinou ani lékaře. Mnoho sebeúdržavných rodinných procesů probíhá spontánně, rodinný terapeut je dokáže navíc lépe reflektovat a cíleně podporovat. A tak následující indikace k rodinné terapii jsou jen relativní indikací, alternativní nabídkou v těch případech, kde symptomy kteréhokoli člena rodiny mají intenzitu nebo trvání, jež nelze vysvětlit somatickým nálezem ve smyslu MUS, nebo se stává natolik dominantním tématem v rodině, že rodina selhává v jiných svých úkolech. Zásadní předností rodinné terapie oproti jiným přístupům je pochopení symptomu jako běžné součásti komunikačního pole rodiny. Každý symptom pak zkoumáme z hlediska toho, do jakého vztahu patří. V tomto vztahu pak bývá snadněji řešitelný. Další zásadní výhodou rodinné terapie je

teorie změny, která vychází z teorie systémů, a proto si rodinný terapeut umí dobře představit, že každá porucha a nemoc, má-li svůj začátek, může mít i svůj konec. (Luhmann, 2006) To zdaleka nelze tvrdit o každém klinickém oboru postaveném jen na biofyzice. Běžný lékař těžko uvěří, že astmatik nebo epileptik se může vyléčit. Podle něj může jít pouze o remisi. Představa, že symptom vytváří aktivně sám organismus v emočním silovém poli rodiny a že stejný symptom může nést v každé fázi života jiný význam a plnit jinou roli, je pro lékaře téměř nemožná. Některé z těchto indikací jsme publikovali již před řadou let a od té doby se naše zkušenosti spíše prohloubily. K tématu se vracíme mimo jiné proto, že přibylo kolegů, kteří jsou dobře vybaveni k tomu, aby se zabývali rodinnou terapií v rámci zdravotnictví. Chceme dále podporovat vznik týmů, v jejichž rámci bude rodinná terapie součástí péče o psychosomaticky nemocné už proto, že to evidentně vede k významným ekonomickým úsporám. (Honzák, 1989)

INDIKACE RODINNÉ TERAPIE V PŘÍPADECH S PSYCHOSOMATICKOU PROBLEMATIKOU PODLE JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH OBDOBÍ

Symptomy v rodině probereme nyní podle „věku rodiny“, který časujeme věkem prvního dítěte, přesněji jeho vývojovou fází. (Šulová, 2004) Pokud je v rodině více dětí, překrývají se jednotlivá vývojová období, systém je o

to složitější a časování „věku rodiny“ je méně přehledné. V orientaci poněkud pomůže hypotéza, že každé dítě má v rodině vlastní niku – vlastní sociální dělohu – a každý rodič je tolikrát rodičem, kolik dětí má.

1. OBDOBÍ KOLEM NAROZENÍ DÍTĚTE

a) před narozením

U mladého páru existuje řada nežádoucích stavů ještě před narozením dítěte (ať už souvisejí s nemožností otěhotnět, nebo s poruchami průběhu samotného těhotenství), které mohou

být dobrým důvodem k rodinné terapii. Buď proto, že byly vyčerpány běžné způsoby léčby, nebo je chování a prožívání potenciálních rodičů nějak nápadné. Tak např. usilují o těhotenství, ale nemají spolu vůbec pohlavní styk,

nebo v případě, že žena, která po i.v.f. otěhotní, žádá o interrupci. Někdy si všimneme, že chronické onemocnění souvisí už s pouhým rozhodnutím počít dítě a se snahami o početí. Pár pak početí odkládá na dobu, „až se budoucí matka či otec uzdraví“. Nepostihneme celý kontext poruchy, když v takové situaci vidíme pouze ženu nebo pouze muže, jak je v každé ordinaci somatického lékaře běžné. Někdy ani párová terapie nemusí poskytovat dostatečně široký pohled, zvláště tam, kde mladí partneři nedokončili separaci z původních rodin. To pak bývá užitečné přizvat do léčby rodinných vztahů ještě i jejich rodiče.

V těhotenství málokdo pomyslí na práci s rodinou, protože je to období relativně krátké. Navíc somatické poruchy, které se popřípadě rozvinou, musí být kontrolovány gynekologem či dalšími somatickými lékaři a jejich nástroji. To ale neznamená, že by nevolnosti a zvracení, nebo pokles odolnosti muže či ženy, nebo nečekané somatoformní reakce muže očekávajícího první dítě, nemohly souviset se změnami v soužití páru či širší rodiny. Jen výjimečně je zde doporučována rodinná terapie, ale její vliv bývá relativně rychlý a úlevný.

b) porod a šestinedělí

Právě tak zřídka se může rodinný terapeut setkat s problémy kolem porodu nebo v krátké době po něm. Případná porucha synchronizace matky a dítěte, která se projevuje zpočátku jako problémy v laktaci matky či vyladování spánku dítěte a matky, se obvykle rozvíjejí delší dobu, než se odhodlá rodina či lékař konzultovat rodinného terapeuta. Takové potíže řešíme nejčastěji tam, kde rodina docházela do rodinné terapie už před otěhotněním či před porodem. Tak se můžeme setkat i jako rodinní terapeuti s tématem recidivujícího zánětu prsu, nebo

s rozvojem chronického dyspeptického syndromu u dítěte, které má úzkostnou či málo zralou matku, nebo s bolestmi v pánvi, označovanými jako symfyzeolýza, rozestup spony kostí stydkých. Kromě klidu na lůžku je zde krátká práce s rodinou velmi výhodná, ale málokdy využívaná. Častěji než se somatickými problémy se setkáme spíše s rozvinutými psychickými symptomy laktačního okruhu, pokud psychiatr nebo pediatr matku pošle. U obou typů problémů se rodinný terapeut může setkat s nevyjasněnými hranicemi a novými kompetencemi kolem dítěte, především mezi primárními rodinami rodičů a novou mladou rodinou. Úprava hranic a domácího režimu za spolupráce všech zúčastněných má často nečekaně dobrý efekt na další vývoj symptomu.

d) první rok života

Během preverbálního období v prvním roce života (orálně-smyslové období dle Ericksona) se postupně rozvíjí schopnost dítěte reagovat na emoční pole v rodině především tělesně. Dítě v symbiotickém vztahu s matkou řeší dilema základní důvěry proti základní nedůvěře a v tom vzniká snadno neblahý cyklus „čím hůř, tím hůř“. Nejistota matky nezřídka zhoršuje prospívání dítěte a to zase zesiluje nejistotu až úzkostnost matky. (Crittenden, P., 2008) Dítě může signalizovat nepokoj rozvojem pestrých obrazů na kůži, nejčastěji ekzému a svědění, drbe se a rozvíjí složité noční hry, které rodinu vysilují. Později se nedostatek stability a pevných hranic může projevat např. kašlem, který se pravidelně stává (za vydatné podpory zdravotnické osvěty a prevence zaměřené výhradně somatickým směrem) zdrojem velké, byť nevědomé moci symptomu dítěte nad stále nejistějšími rodiči. Typickým projevem nestability v rodině bývají zánětlivá onemocnění středouší u dítěte, nebo

prudké a nebezpečně vyhlížející laryngitidy, které děsí rodinu i v dalších letech raného dětství. Nepřekvapí nás to, když víme, jaký vliv má hostilné prostředí na produkci proinflatorních cytokinů v organismu dítěte. (Kiecolt-Glaser, Loving, & Stowell, 2005) Také rozvoj některých vzácnějších tělesných symptomů by mohl být po důkladném vyšetření dítěte konzultován s rodinným terapeutem pro případ, že by šlo o náhodný vznik, rozvoj a psychosociální cestou zesilování nevysvětlitelného symptomu, např. záhadných teplot, zvracení nebo průjmů. I nevyřešitelné vrozené vývojové vady, jako je např. cystická fibróza, bývají indikovány k rodinné terapii při velké chronické zátěži rodičů, přestože samozřejmě neočekáváme vyřešení základního onemocnění, ale vyžadují speciální péči o vyčerpané rodiče.

Nejobtížnější fází rodinné terapie u somatických symptomů dětí, je přijetí do léčby. Je pochopitelné, že rodiče mají obavy, zda nedělají nějakou chybu, když právě jejich dítě je nemocné a trpí. Jejich pocity viny práci komplikují a je třeba postupovat tak, abychom je tlumili a rozhodně sami svými otázkami nevyvolávali. V tom je práce rodinného terapeuta v oblasti psychosomatiky zvláštní, jak na to upozorňujeme jinde. (Chvála V. , 2010) Naše přesvědčení, že to nejsou rodiče, kteří dítěti vědomě škodí, musí být zřetelně vyslovené. To taky může být pravdivý postoj, když se

vzdáme představy prosté lineární kauzality a naučíme se za škodlivými silami rozpoznávat systémové síly. V tom je velmi užitečným nástrojem narativní terapie s externalizací, která však plného uplatnění může dojít až v dalším vývojovém stadiu. (Skorunka, 2010) V této fázi spíše stojíme vedle zneklidněné matky a pracujeme v její prospěch tak, aby se obrátil směr začarovaného kruhu ve prospěch všech – čím líp, tím líp. Tak ostatně pracuje i běžná somatická, třeba hormonální léčba – čím je dítě lepší, tím klidnější je matka. A čím klidnější je matka, tím lepší je dítě. Problém hormonální mastičky je spíše v tom, že nezůstává bez vedlejšího vlivu na organismus dítěte. My jako rodinní terapeuti se zaměříme na hledání zdrojů neklidu a nejistoty v rodině, rozšiřujeme zorné pole a podporujeme reálnou sebejistotu v rodičích. Hledáme přirozené opory v okolí matky a zapojujeme je do léčby. Tlumíme konflikty mezi rodiči nebo hledáme spolu s nimi jejich řešení. Často přejdeme k párové terapii, to ale už musí být jasné, že se rodiče necítí tímto kontextem ohrožováni a sami nahlízejí, že jim i jejich dítěti prospěje, když vyjasní a vyřeší složitou situaci mezi sebou. Další potíží rodinné terapie je fakt, že výsledky nejsou obvykle vidět okamžitě. Neslibujme rodičům rychlé výsledky, získáváme je pro respektování přirozených vývojových sil a jejich tempa. Trpělivost je třeba žádat i od dalších kolegů lékařů.

2. OBDOBÍ KOLEM 3 LET JEDNOHO Z DĚTÍ

První vývojová fáze přechází plynule do druhé fáze (svalově-anální), ve které dítě s rodiči řeší problém autonomie proti studu a pochybám. (Erickson, 2002) V praxi se to projevuje především vzdorem, který představuje nový nárok

na rodiče. V rámci separačních sil mezi matkou a dítětem, při vyjednávání nových mocenských poměrů mezi matkou, dítětem a otcem, se snadno vyvíjejí a nevědomě jsou zesilovány takové poruchy, jako je zácpa,

pomočování, pokakávání nebo odmítání potravy, a dokážou velmi zaměstnat rodiče i lékaře. Po celou dobu zrání je dítě nadáno možností reagovat na emoční napětí v rodině bolestmi břicha, hlavy nebo nožiček. Viděli jsme však i rozvoj závažných vzácnějších onemocnění, která spadají do oboru diabetologie, revmatologie, urologie nebo hematologie, a ve spolupráci s příslušnými odborníky i zde považujeme za velmi vhodnou práci s rodinou pokud možno včas, dokud není symptom v systému ukotven a pevně stabilizován často už nevratně ve struktuře organismu. (Doherty & Baird, 1983) Při nástupu do kolektivního zařízení se poprvé testuje připravenost dětí na pobyt mimo rodinu. Malá odolnost se nejčastěji (a nejsnadněji) projevuje opakovanými infekcemi horních cest dýchacích. I zde je velmi výhodná rodinná terapie dříve, než dojde k hlubším změnám anatomických struktur, popřípadě rozvoji spastických záchvatových reakcí dítěte.

Z našeho hlediska je třeba do souhry zapojit otce. V této fázi se totiž dítě vymezuje vůči matce, potřebuje se od ní vzdalovat a je v tom ambivalentní. Nezřídká matka přivedla na svět dalšího potomka a to také nezůstává bez povšimnutí – prvorozené dítě obvykle dramaticky reaguje. Může-li se ho v této situaci ujmout otec, napětí v rodině se zmírňuje. Potíž je v tom, že současní zaměstnaní otcové považují často za samozřejmost, že o dítě se stará matka. Někdy stačí málo, aby se otec zapojil, a potíže dítěte se dobře mírní. Zdá se, že přibývá tvrdohlavých dětí, u nichž liberální výchova vede k nepřiměřenému ustupování rodičů, kteří nejsou sto udržet hranice, až nalézáme obraz bizarního chování „malého tyрана“, jak ho nazývá Prekopová. (Prekopová, 2009) Dítě si pozorně všimá, na čem

rodičům obzvláště záleží, spontánně pokouší taková slabá místa rodičovských hranic ve svém boji o moc a problematicky vítězí. Viděli jsme rodiny, kde si takto dítě všimlo, že matka sleduje, zda dostatečně pije – po čase přišli s tím, že dítě odmítá pít. I když se potíže s touto vývojovou fází mohou projevovat nejrůznějším způsobem, zdá se, že enkopréza je zlatým dolem interakcí dítěte a bezmocných rodičů. Někteří chlapci jsou skutečnými rekordmany, nejlepší z nich dokázal zdržovat stolici 27 dnů! Jistě je takové zdržování odměňováno také zpočátku libými pocity z anální oblasti, což vidáme i u holčiček v tomto věku. Michal White měl v péči tolik chlapečků s enkoprézou, že při jejich léčbě objevil a popsal externalizaci, hlavní techniku narativní rodinné terapie. (White & Epston, 1990) Získat hravou formou dítě pro boj proti symptomu je královskou cestou v psychosomatické péči dětí. Torben Marner zvýšil účinnost metody psaním dopisů dětem a jejich rodinám po sezení rodinné terapie. (Marner, 2000) Zapojením otce se stává taková hra zábavným tréninkem, který prohlubuje vztah dítěte s otcem a ještě dále zvyšuje pravděpodobnost uzdravení. Z širšího hlediska narážíme na problém krize otcovské postavy v naší civilizaci vůbec, jak upozorňuje Zoja. (Zoja, 2005) Nalezení otcovského místa a role je pro muže v rodině velmi důležité a pro rodinu úzdravné.

Samozřejmě, už v tomto věku řada dětí žije jen s matkou, nebo s jejím novým partnerem, což situaci komplikuje, ale rodinného terapeuta to nezabavuje možnosti s rodinou pracovat. Respektujeme realitu rodiny jaká je, a i zde povzbuzujeme všechny členy k naplnění úkolů této fáze. Jestliže chybí biologický otec, zkoumáme a propracováváme s dítětem a matkou,

kteře další postavy z okolí naplňují nebo by mohly naplňovat otcovské místo. Nemůžeme přehlédnout, že i rodiče mají své meze a také oni mohou buď své individuální obtíže, nebo neřešitelné konflikty v triádě somatizovat. V tomto období to bývá nejspíš chronicky unavená matka, pak se nabízí obraz únavového syndromu, anebo deprese. Jindy trpí opakovanými záchvaty žlučové koliky, které se svádějí na „písek“ ve žlučových cestách, ale zpravidla se zcela přehlíží zlost, která dlouhodobě dominuje v jejím emočním vyladění. Otcové častěji somatizují v oblasti zad, především v kříži, když dlouhodobá nevytadenost páru neumožňuje realizovat uspokojivý sexuální život, což žena zas nejspíš

somatizuje chronickým gynekologickým symptomem, třeba svědění či bolestí. U těchto párů můžeme nalézt dítě v jejich ložnici. Pod různými racionalizacemi často ve skutečnosti chrání ženu před nežádoucím sexem. Dětské noční záchvaty kašle, svědění kůže, pomočování nebo úzkosti s nočními můrami jsou vhodnými příležitostmi, jak nevědomě pomáhat matce a řešit její problém. V žádném případě nejde o racionální plán či vědomou taktiku dítěte nebo někoho z rodičů. Vše je výsledkem organizace systému, který hledá náhradní řešení. Nutí kohokoli ze zaangażovaných, aby se stal nositelem symptomu, který by zajišťoval zklidňování emočního pole rodiny.

3. OBDOBÍ KOLEM 6 LET DÍTĚTE, ZAŠKOLENÍ

Když dítě i rodiče vyřeší dilema druhé vývojové fáze, situace se zklidní, ale další fáze je staví před nové úkoly. Dítě se dostává do lokomotoricko-genitální fáze, ve které stojí před problémem iniciativy versus viny dle Ericksona. Celá rodina stojí před nárokem zaškolení dítěte, které povedou k významným změnám ve vývoji celku. (Suess, K., & Sroufe, 1992) V souladu s Breunlinovou oscilační teorií dochází ke změně nikoli skokem, ale častěji oscilací mezi ranějším (předškolním) a starším (školním) vývojovým obdobím. (Breunlin, 1989) To se často projevuje opakujícím se symptomem, nejčastěji zánětem HCD. V některých případech se rozvíjejí „záhadné“ teploty, jejichž příčinu nelze najít. I tady máme dobrou zkušenost s rodinnou terapií. (Trapková L., 1995) Do období kolem šesti let dítěte spadá první vrchol manželských krizí s rozvodem, což bývá pravidelně v pozadí mnoha zdravotních problémů všech zúčastněných, matky, otce i dítěte.

Pochopitelně, neboť řešení oidipského komplexu¹ se týká emočně silně také rodičů, každého zvlášť a každého jinak. V rámci rodičovské nebo i partnerské krize dochází nezřídka na rozvoj symptomů také u dospělých. Deprese, chronický únavový syndrom matek nebo únikové chování otců, jako je alkoholismus, hráčství či workholismus, nejsou výjimkou. Samozřejmostí bývají sexuální dysfunkce v takových párech, rozvoj bolestivých stavů, především zad, hlavy či alergií kteréhokoli z členů rodiny. Práce s takovou rodinou bývá vděčná. Na rozdíl od předchozích stadií přichází rodina do rodinné terapie

¹ Oidipský komplex je psychoanalytický pojem, který sice charakterizuje toto období, ale je už různě interpretován, zneužíván i parodován. Fakt je, že v době, kdy chlapec dospěje do genitálního stadia vývoje, matka se pro něho stává významným erotickým objektem. A je to právě otec, kdo svou přítomností a angažováním vedle matky pomůže synovi tuto fázi překonat.

častěji, i když indikací bývá spíše porucha chování nebo přizpůsobení než somatizace. Ta pak obvykle komplikuje docházení do školy, a škola začíná naléhat na rodinu, aby s tím něco dělala. Část klientely představují rodiny s nočním pomočováním, častěji u chlapců. Určitě by stálo za to více pracovat s rodinami, kde dítě projevuje

záchvatovité problémy, ať už neurologické nebo plicní. I zde se znovu vyzpíváme na prospívání rodiny, zapojení jednotlivých členů do denních úkolů, na „život“ symptomu v rodině, na to, jaký mají na něj jednotliví členové vliv atd. Dítě získáváme pro boj proti symptomu, rodiče šikujeme vedle něho jako pomocníky.

4. ZVLÁŠTNÍ SYMPTOMY V MEZIDOBÍ 6–12 LET DÍTĚTE

Pokud se rodina propracovala do období se školním dítětem tak, že v zásadě splnila vývojové úkoly předchozích období, jak to známe od E. Ericksona, dochází k relativnímu uklidnění výsevu symptomů a nastává emočně radostné a symptomaticky docela klidné období latence, v němž nemoci působí jako jemné regulátory únavy a odpočinku. Avšak dluhy předchozích fází vývoje se připomínají a volají po dosycení prostřednictvím nových symptomů. Hlavním tématem tohoto období je přičinlivost resp. inferiorita, když se dítěti v kolektivu nedaří. Proto se na pořad dostávají ve větší míře také sociální symptomy, jako je krádeň, záškoláctví, školní fobie, poruchy řeči, projevy obtíží ve vztazích se sourozenci a vrstevníky mimo rodinu, poruchy chování všeho druhu. Pokud trvá enuréza, zvláště u chlapců, je nyní už příliš obtěžující a rodina konečně přijde věc řešit. Nedávno jsme viděli poněkud zvláštní symptom, který až trochu humorně ilustruje, jak se mohou dostat dluhy z minulých fází do kolize s rostoucími nároky dítěte. Přišla bezradná rodina s desetiletou dcerou, že může defekovat pouze ve spánku. V době, kdy byl čas, aby ji učili chodit na nočník, jim spřátelená rodina, kde byly potíže s nočním pomočováním, radila, aby preventivně dítě budili na čůrání v noci, jako by dítěti hrozil stejný

symptom. V kombinaci s liberálním přesvědčením rodičů naší pacientky, že ji rozhodně nebudou omezovat tak, jak zažili ve svých původních rodinách, chránili dceru před nácvikem sebeovládání při vyměšování. Od malička ji denně vysazovali na nočník pozdě v noci, když šli i dospělí spát. Jednou se náhodně přihodilo, že se dcerka ve spánku současně s vymočením také vykakala. A to se stabilizovalo. V deseti letech to byl už tak pevný tělesný návyk, že se dítě nedokázalo vykakat ve dne. Problém narůstal s váhou dítěte. Řešit jej začali až tehdy, když spící dceru unesl už jen otec, a ona proto nemohla nikdy opustit domov přes noc. Pozdní nácvik sebeobsluhy se nedařil a organismus dítěte reagoval nebezpečnými zácpami. Tehdy rodinu poslal pediatr. Vypadlo to divoce, ale stačilo pár sezení, aby se poměry v rodině upravily.

Symptom dítěte se často stává, jako ostatně i v jiných fázích vývoje rodiny, předsunutým symptomem signalizujícím chronické napětí v partnerství rodičů. To je pak třeba takové popírání pravého stavu věcí pojmenovat a přejít od rodinné terapie k terapii párové bez účasti dětí, jejichž symptomy pak mohou odeznívat ve zlepšeném klimatu rodiny spontánně. Pokud se tak neděje, nebývají už rezistentní k dalším

intervencím somatického lékaře jako dřív. O tyto případy rozhodně nemá

rodinný terapeut nouzi.

5. OBDOBÍ KOLEM 12 LET NĚKTERÉHO Z DĚTÍ

Celý proces je průběhem puberty a v adolescenci završen dozráním sexuální identity dospělého člověka. Pokud se to nedaří, dojde ke konfuzi rolí a stagnaci celé rodiny. (Erickson, 2002) Zvláštní nároky představuje začátek tohoto procesu separace, který je charakterizován novým přimknutím dítěte k matce. V naší metafoře o sociální děloze nastávají poslíčky chystajícího se sociálního porodu a pro všechny v rodině to bude emočně náročné období vyžadující velké vztahové investice. A to paradoxně v rozporu s tím, že rodiče už bývají výchovou a kontinuálními starostmi i radostmi s dětmi vyčerpaní a sil spíše ubývá, než by jich přibývalo. V nepříznivém případě se rozvíjí v triádě matka-dítě-otec tzv. hladový trojúhelník. (Trapková & Chvála, 2000) Symptomy tohoto období patří typicky do vztahu s matkou, jsou v něm posilovány a souvisejí se zasvěcováním do dospělého ženského světa, u dívek homoeroticky a u chlapců heteroeroticky. Děvčata trpí především ranými poruchami menstruačního cyklu, popřípadě mentální anorexií, organismus chlapců nabízí spíše akné, sennou rýmu, také poruchy chování mohou ukazovat na nezvládanou ambivalenci ve vztahu s matkou. Vrozené i výchovou získané rozdíly mezi dívkami a chlapci generují odlišné potíže dívek a chlapců. Při práci s rodinou v tomto období klademe co největší důraz na intervence do celé triády matka-dítě-otec, a pokud možno za přítomnosti všech.

Strukturální vztahové potíže v rodinách, které vytvářejí nepřehledné sítě s vlastními a nevlastními rodiči a dětmi, bývají zdrojem mnoha symptomů.

Nevyjasněné hranice rodiny, kde nebývá samotným členům zřejmé, kdo patří dovnitř a kdo ven, bývají samy o sobě zdrojem silných emocí, které nelze veřejně reflektovat a vyjádřit. Často právě děti se ve složité síti vlastních a nevlastních vztahů nevyznají, a přitom mají nejmenší moc vzdorovat změnám. Dostávají se pravidelně do konfliktu loajality a jsou odsouzené k popírání spontánní emoční reakce. Regredují často na preverbální úroveň nejrůznějšími somatizacemi, psychickými poruchami nebo rozvojem patologického chování. V naší metafoře jsou vystaveny hrozbě „předčasného sociálního porodu“ a jeho komplikací. Typický je zde rozvoj obsesivně-kompulzivní poruchy, sebepoškozování, tikové poruchy, epileptiformních záchvatů či jiných poruch vědomí, které jim umožňují „opouštět neřešitelnou situaci“. Na somatické rovině vidáme poruchy imunity včetně nebezpečných autoimunitních onemocnění, rozvoj dýchacích potíží až do astmatu, tenzní bolesti hlavy, migrény, úporné algie kloubů, zad, poruchy držení těla, skoliózu atp. Pozornosti uniká, že intervence ortopedů, jako jsou dlouhodobé fixace končetin, nasazení korzetu či pobyty v ozdravovnách, mění významně fungování rodiny a z našeho hlediska hraje právě tato skutečnost velkou roli jako spontánní intervence do vztahů v rodině, ať už v léčebném nebo iatrogenním smyslu. Symptomy tohoto období ovlivňují křehkou dynamiku v partnerském vztahu a symptomy dětí se mohou stávat neléčitelnými, pokud skrytě zajišťují stabilitu rodičovského páru. Děti si mohou uvědomovat, že by

uzdravení mohli zaplatit rozchodem rodičů, jak to vidí v okolních rodinách, a jsou sužovány anticipační úzkostí

z takového vývoje ve vlastní rodině, kterou si neodvažují vyslovit.

6. OBDOBÍ KOLEM 17 LET DÍTĚTE, PŘECHOD ZE SVĚTA MATKY DO SVĚTA OTCE

Proces separace spěje k svému završení, které bývá podobně dramatické jako porod. Novou zátěží rodiny je rozhodování o další profesionální orientaci dítěte. Větší otevření světa a zvýšené nároky na odpovědnost dítěte lze velmi hezky sledovat na zvýšené tonizaci vegetativní nervové soustavy v celé populaci, jak ukázala rozsáhlá slovenská studie RR variací srdečního rytmu, která potvrdila objev italského týmu. (Petretta, 1997) Sama o sobě tato změna tonizace je zdrojem velkého množství symptomů, tedy potenciálních somatizací v oblasti GIT popřípadě dýchacího a oběhového systému. Ty patří podle našich zkušeností dalšímu vývojovému úkolu. Dítě se vzdaluje od matky a zesiluje se význam vztahu s otcovskou postavou. Prostřednictvím otce je adolescent zasvěcován do dospělého mužského světa, orientovaného na výkon, což potvrdily i rozsáhlé jazykové studie. (Glaeson, 1975) Vrozený rozdíl mezi chlapci a dívkami i tentokrát významně určuje rozdíl v prožívání. Zatímco pro chlapce jde o vztah homo-erotický, pro dívku (i otce) jde o vztah hetero-erotický se všemi potenciálními riziky. Tak si vysvětlujeme mnohem častější výskyt mentální bulimie u dívek než u chlapců, kteří i zde inklinují spíše k jiným typům poruch. Podle našich zkušeností je toto období

z hlediska tvorby symptomů nejbohatší, a to u všech členů rodiny zároveň, a ukazuje na jeho obtížnost. Fakt, že o každého z nich pečuje jiný lékař nebo i medicínský segment, vede k tomu, že nejsou tyto poruchy rozpoznány jako součást systémových vlastností rodiny a na této úrovni nejsou řešeny. Naopak velmi často zde dochází k nadužívání lékařské péče s jen nahodilým efektem a rizikem chronifikace. Je třeba pracovat s celou triádou matka-dítě-otec, a to zdaleka ne jen u poruch příjmu potravy. Stejně naléhavě je třeba takto uvažovat u většiny somatizací, úzkostných poruch, sebepoškozování, zneužívání drog nebo rozvoje psychotických onemocnění.

Mohlo by se zdát, že mnoho rodin je v tomto období již natolik rozpadlých, že není už v rodinné terapii s kým pracovat. To potvrzují pracovníci v oblasti drogových závislostí nebo psychóz. Rodina však zůstává především mentálním prostorem a i vzdálený otec je stále silnou vnitřní figurou, se kterou je třeba počítat k dokončení separačního procesu. Teprve po dokončení této fáze separace můžeme považovat sexuální identitu dospělého za stabilní. Pokud tomu tak není, dochází ke konfuzi rolí a adolescenti odcházejí do života s vývojovým dluhem, který se přenáší do další generace.

7. OBDOBÍ KOLEM ODCHODU DĚTÍ

Ani úspěšné završení předchozí fáze nemusí znamenat konec potíží v rodině. Odchodem dětí se může rodičům ulevit, nebo se projeví jejich únava či následky

toho, že v náročné době přestali pečovat o svůj vztah. Přicházejí těžkosti při „zavíjení sociální dělohy“. Nejruznější nemoci každého z rodičů mohou bránit

spontánnímu přechodu do další životní fáze. Zatímco dítě staví raná dospělost před problémy spojené s intimitou a hrozí mu izolace, pokud neuspěje, rodiče jsou konfrontováni s otázkou, zda mají být dále spolu. Statistiky svědčí o tom, že se stále více párů rozpadá právě v tomto období po dvaceti letech manželství. Rozestěhování rodičů ovšem zdaleka nekončí kontakty s dětmi. Děti už sice netrvají na tom, aby rodiče byli za každou cenu spolu, ale pokud jejich rozchod znamená v očích dítěte výraznou nespravedlnost vůči jednomu z rodičů, mohou se vztahy s druhým rodičem komplikovat. A to tím spíše, že se začínají obracet role ve světě mimo rodinu. Zatímco ženám atraktivita ubývá, muži po čtyřicítce jsou na vrcholu své výkonnosti, mají často už i dobré postavení a tak jejich atraktivita zejména pro mladší ženy spíše stoupá. Nerovné podmínky se nejspíš podepisují na častějším stonání žen v tomto období. Nejistota a obtížné vyrovnávání se ztrátami rozkolísá vegetativní systém a vytvoří pestré formy somatizací, které se svádějí pouze na hormonální změny.

Opakovaně jsme viděli pacientky s diagnostikovaným předčasným vyhasínáním ovariální funkce, která se plně obnovila po navázání uspokojivého partnerství. Karta se může ale také obrátit, z rodinného svazku se může uvolnit žena, a muž propadá depresím a beznaději, se všemi somatickými důsledky. Hypertenze, poruchy srdečního rytmu, algie a blokády zádoových svalů, bolesti kloubů, chronická zácpa, nespavost, urologické komplikace, to všechno je běžnou součástí takového vývoje, a to tím spíše, že muži inklinují k taktice popírání. Tady už nezřídka rodinná terapie není možná, když se bývalí partneři nechtějí setkat, ale jsou k dispozici jiné směry psychoterapie, ať už individuální nebo skupinové. Nedokončování studií dětí, jejich drogová kariéra, ale i somatické nemoci, zvláště ty záhadnější a podivné, mohou mít v pozadí takový problematický vývoj rodiny. Tady má rodinně terapeutické vidění i v rukou lékaře svůj význam, může získat mladého dospělého pro hledání nových perspektiv mimo původní rodinu.

8. OBDOBÍ DOSPĚLOSTI DĚTÍ A SENIA RODIČŮ

Když rodiče i děti přechájejí všechny tyto překážky, děti nastoupí cestu k nezávislému životu, zavládne často delší období klidu. Což neplatí pro tzv. sendvičovou generaci, tedy pro ty rodiče, kteří se musí starat o své děti nebo nyní častěji vnoučata a současně o své vlastní rodiče, kteří jsou staří a bezmocní. (Graeme & O'Dwyer, 2012) Neplatí to ani pro ty, kteří se pokusí uniknout nezadržitelnému vývoji tím, že si pořídí další generaci dětí a nastoupí do dalšího rodičovského cyklu. Častěji to zkoušejí muži s novými ženami, ale nejsou výjimkou ani ženy, které porodí ještě po padesátce, v čemž jim lékaři umějí vyjít

vstříc díky technologii i.v.f. Pokud se těmto nástrahám dospělí vyhnou, může rodina vstoupit do dalšího období. To přináší do života našich pacientů nová témata, která bychom neměli při práci s pacienty s psychosomatickým symptomem pomíjet. Jak se mění jejich pracovní pozice, popřípadě jak zvládají ekonomickou zátěž po odchodu do důchodu? Jak dokázali najít nový smysl života, pokud již opustili své hlavní povolání? Jak pokračuje životní cyklus rodiny? Nestagnují děti v dalším období tím, že zůstávají samy, že nezakládají rodiny, že nerodí další děti? Dnes se to může zdát nepodstatné, když velké

procento mladých žije raději samo, a až 30 % mladých mužů do 30 let žije se svými matkami. Fakt, že tento projev stagnace životního cyklu postihuje tak velké procento populace, ještě neznamená, že to je žádoucí nebo že to nepředstavuje emoční zátěž. Jaké úkoly zatěžují pacienta a jak zasahuje jeho nemoc?

Pokud se podařilo všechny rodičovské úkoly úspěšně splnit, jak jsou na tom s prarodičovstvím? Přicházejí nesnáze sblížení těch, kteří se sňatkem dětí nevybrali. Status tchánů a tchyní je o to nejasnější a vztahy chaotičtější, když děti zakládají rodiny bez svatebního rituálu. U nás se pak objevují s novými symptomy zoufalé snachy či ještě zoufalejší tchyně, když je nešťastná snacha odřízne od vnoučat a nachází v tom pro sebe řešení. Přechody a posuny generací odjakživa napěchované emocemi nezajišťují a nezaštiťují tradiční společenské rituály. Svoboda zúčastněných často vypadá jako naprosté zmatení, s nímž ruku v ruce přichází existenciální úzkost a její somatizace. Do popření se tlačí bilancování smyslu života. Udržet dobré vztahy a neporušovat generační hranici, neznepokojoval mladou matku a podporovat ji v jejích mateřských funkcích, nediskvalifikovat ani ještě málo zkušeného otce, to nejsou lehké úkoly. Mnoho rodin, které jsme poznali v ordinaci, potřebovalo pomoci s vytvořením pevných, a přitom propustných generačních hranic. Často šlo o polysymptomatické rodiny, kde každý měl svého lékaře. Napětí v rodině, která bydlí v dvougeneračním domě, se může projevat na každém z nich, nejčastěji ale přijdou kvůli nemoci a špatnému prospívání vnoučete. To mohou mít v domě všichni rádi, ale pokud je napětí mezi dospělými, stává se ten fyzicky nejzranitelnější jejich

svorníkem. Záhadné teploty, častá nemocnost, angíny, astmatické stavy, nejrůznější alergie, to vše bývají průvodní jevy, které při práci s rodinou mohou postupně odeznít, když se vyjasní role i hranice v prostoru, kde se generace setkávají. Zavržení rodičů dětmi, nebo naopak dětí rodiči můžeme zaznamenat jen jako další patologii rodinných vztahů, která má tendenci přivádět členy takové rodiny k lékařům, kde dostávají nálepku chroniků.

U starších pracovitých žen s bolestivými nebo zažívacími symptomy často narazíme na problém, který dlouho popírají: mají sice vnoučata, ale buď se s nimi vůbec nevidají, nebo dokonce ani nevědí, kde bydlí. To bývá zdrojem velkého napětí a výčitek, autoakuzací, pocitů křivdy, popírané zlosti, které vedou k nespavosti, nechutenství, nebo naopak k přejídání a obezitě se všemi důsledky. Osamělost je s postupujícím věkem stále větší problém zvláště u žen¹. Mnoho jejich tělesných stesků by potřebovalo především reálný nesexuální fyzický kontakt (rehabilitace). Když si bolesti vyžadují operativní zákroky, jako v jednom případě, kdy v době extrémního a jen utrpeného osamění bolely pacientku zuby, může to dopadnout tragicky. Sympatický mladý zubař byl tak dlouho pokoušen, až postupně vytrhal všechny zuby, ale běda, ono to nepomohlo. Bolesti nepřestávaly, a navíc paní nesnesla ani opakovaně vyrobenou zubní protézu. Teprve pak se na hlavu nebohého zubaře snesl všechn její hněv a věc skončila stížností na ministerstvu.

¹ Ne že by muži nebyli na osamělost citliví, ale zdá se, že jim spolu s promiskuitním životem po opuštění rodiny, popřípadě s rozvojem alkoholové závislosti a postupného bezdomovectví, více vyhovuje.

Čím jsou lidé starší, tím blíže stojí před rozhodující fází života: buď celý jejich život vyústí do pocitu integrity, pocitu plně prožitého smysluplného života, se kterým jsou usmířeni, nebo propadnou zoufalství. (Erickson, 2002) To samozřejmě mnohem více než na materiálních hodnotách, jež člověk za život nahromadil, záleží na vnitřních hodnotách, k nimž dospěl. Zpravidla to je tak či onak závislé na stupni zduchovnění, které souvisí s postupnou ztrátou významu tělesnosti. Jako by tělo a jeho schopnosti ustupovaly do pozadí a vystupovaly spíše psychologické a duchovní aspekty člověka. Je zřejmé, že naše hedonistická a na pouhé užívání přítomného okamžiku zaměřená společnost takový vývoj příliš nepodporuje. Výrazná fragmentárnost života ve spotřebním světě bez snahy o pochopení života jako celku, jako jediného oblouku od narození po smrt, který má smysl právě ve své celistvosti,

má vliv na přesvědčení mnoha lidí, že život je jen to dobré. Nemoc, bolest a smrt k němu nepatří, ty jsou tady jaksi omylem, nedopatřením, ano, třeba i naší vinou. Ztratili jsme schopnost trpět a kupodivu tím méně jsme schopni dosáhnout pocitu integrity smířením se životem. Stále více lidí proto propadá zoufalství, spotřeba antidepresiv v tomto vývojovém období strmě stoupá. Rozdíl mezi oběma stavy je zřejmý a radikální: zatímco člověk, který dosáhl integrity, je dobře připraven na smrt, a v tom dává příklad a naději mladším, člověk, který podlehl zoufalství, protrpí konec života v děsu a hrůze – a děsí tím ty další. Nelze se divit, že taková společnost nakonec volá po možnosti ukončit toto trápení zásahem lékaře. (Vácha, Königová, & Mauer, 2012) I zde má co dělat rodinný terapeut, i když málokdy má příležitost doprovázet rodinu ke smrti jejich seniora, často se téma smrti vynoří až během práce s rodinou na jiném tématu.

DISKUSE A ZÁVĚR

Když se to pokusíme shrnout: Podle naší zkušenosti je v každém věku možné indikovat rodinnou terapii pro chronické onemocnění, kterým trpí jeden či více členů rodiny. To, co se s věkem mění, jsou úkoly, před kterými rodina v tom kterém stadiu vývoje stojí. Rodinný terapeut nezaměřuje pozornost na symptomy, ty si samy berou pozornosti až dost, ale na témata, o kterých se v rodině nemluví, ačkoli jsou danou situací nastolena a prožívána. Z tohoto hlediska je rodinná terapie práce s tématy, jak jsme ukázali jinde. Nebude škodit, když to znovu připomeneme, protože ukazuje na způsob, který v terapii psychosomatických poruch uplatňujeme. „*Určité období, dané věkem dítěte, je zaplněno určitými*

tématy. Tak jako se o kojení mluví především v rodině s kojencem a témata prospěchu zaplňují komunikaci rodin se školními dětmi, tak témata spojená s riziky separace dominují v rodinách s dospívajícími. Témata vyvolávají diskusi, obavy, konflikty. Silné emoční reakce vedou přes tělesné regulace uvnitř individuálního organismu ke vzniku odchylek (od normy) až případně ke vzniku symptomů. Potenciálních symptomů, které na sebe mohou strhnout pozornost, a tím se stát náhradním a přitom dominantním tématem v systému, existuje v každém okamžiku celá zásoba. Organismus sám je velkým generátorem projevů vítaných i nevítaných. Náhoda v tom hraje významnou roli. Symptom,

jednou již objevený, se může zvýšenou pozorností zpětnovazebně posilovat a snadno pak kolem sebe organizuje celý systém. Přitom téma jako fenomén není ani tělesný, ani psychický jev. Je to něco, co patří systému a jeho schopnosti sebeutváření. Tomu odpovídá zkušenost lékařů: symptom, který přejde do chronického stavu, se z hlediska léčby chová jinak, než symptom akutní. Z hlediska systemické teorie došlo ke změně řízení – z individuálního organismu převzaly řízení systémové síly rodiny.“ (Chvála V. , 2010, stránky 471-3) Je zřejmé, že rodinný terapeut pracuje jinak než lékař, který se naopak (oprávněně) nechává strhávat příznakem. Proto je tak důležitá spolupráce rodinného terapeuta, odborníka na dynamiku celku, s lékařem, odborníkem na symptom z biologického hlediska. Ideální je, když se vzájemně mohou respektovat a důvěřovat si.

Náš model rodiny jako sociální dělohy bývá kritizován jako příliš normativní. Nejsme ovšem sami, kdo upozorňuje na potřebné uspořádání kolem dítěte. Je známo, že některé podmínky jsou pro růst a zrání dítěte užitečnější než jiné. V poslední době je to především bouřlivý výzkum v oblasti prvotní vazby (attachment theory), který prokazuje nezbytnost stabilního – a tedy normativního – uspořádání vztahů kolem dítěte. (Cassidy & Shaver, 2008) Proto by nás nemělo překvapovat, že v dlouhodobém vývoji lidstva byly některé z těchto zákonitostí pokusem a omylem objeveny a petrifikovány ve formě společenských norem, například manželství. (Zoja, 2005) I když si dáváme pozor na to, abychom kriticky posuzovali konkrétní rodinu nebo jí předepisovali něco, co nedělá, ale „bylo by správné to dělat“ podle nějaké normy, jsme si vědomi toho, že jakási obecná

norma existuje. Když mluvíme o předpokladech pro zdravý vývoj, chápeme pojem „normativní“ jako Rivett a Street, kteří mluví o normativních podmínkách jako o „...tak často se vyskytujících událostech v jakékoli dané kultuře, že mnoho, ne-li většina rodin se s nimi setkává po celou dobu svého života, a to navzdory pestrosti a rozmanitosti rodin v dnešním světě“.
(Rivett & Street, 2009, str. 31)

Nejvážnější námitky proti uplatnění rodinné terapie v psychosomatické medicíně, bez ohledu na její účinnost, tvrdí, že snaha o spojování rodinné dynamiky se zdravotními problémy je potenciálně obviňující. To je pochopitelná a oprávněná námitka, která musí být brána v úvahu, přestože o vlivu životních událostí na zdraví se ví již dlouhou dobu. (Holmes, 1978) I kdybychom to tak sami nemysleli, matka astmatického dítěte, která je zvána k sezení rodinné terapie, se může cítit velmi nepříjemně tím spíš, že intuitivně cítí, že potíže dítěte nejsou od ní oddělené. Kdo zažil noční hrůzu s dusícím se dítětem, ví, jakou bezmoc a zoufalství rodiče prožívají. Kdyby si měli připustit, že se na spouštění záchvatu nějak podílejí, bylo by to nesnesitelné. Rodinný terapeut uvažuje o souvislostech v cirkulární kauzalitě, kde nelze tak snadno přisoudit vinu jako v běžnější představě lineární kauzality. Když už rodinu máme získanou pro spolupráci, je relativně snadné pracovat tak, aby pocity viny nebránily uzdravování v podobě nefunkčních psychologických obran. Obvykle se spontánně rozpouštějí současně s lepším pochopením situace a uvědomováním vlastních možností a moci pracovat na nápravě. Nejtěžší je začít. Souhlasíme s Dallosem a Crittendem (2009), rodinnými terapeuty, kteří také říkají, v jak obtížné situaci jsme: „*Chceme*

spolupracovat s rodinami neobviňujícím způsobem, ale zároveň budeme muset uznat, že rodinní příslušníci někdy také navzájem jednají způsoby, které vedou k nechtěné nouzi a traumatům.“ (Dallos & Crittenden, 2009, str. 400) To, co musíme zvážit na naší straně, je naše schopnost přijmout nejen všechny členy rodiny, ale i jejich protichůdné, a dokonce i konkurenční verze společného příběhu (stranění všem). To nemůže být jen formální snaha, rodina musí vnímat, že jsme jim nakloněni, že jim straníme (proto nestačí pouhá neutralita!), a to i přesto, že oni sami mezi sebou mají značné napětí a každý postrádá něco jiného. To není snadné, ale je to součást dovedností a snad i osobnosti rodinného terapeuta, aby byla rodinná terapie pro léčení psychosomatického symptomu vhodná a pro rodinu snesitelná. Obavy z toho, že můžeme rodinu zranit, mohou terapeuta až paralyzovat a udržovat v léčebné pasivitě. Rodinu sice nezraní, ale také nevyлéčí. Víme, že ani pro rodinu není rodinná terapie snadná. O to více musíme pracovat pevně a citlivě.

V neposlední řadě jsme si vědomi toho, že takto vedený „výzkum praxí“

Redakce vzala na vědomí 17. 4. 2012

Recenze 2. 8. 2012

Po úpravách přijato k tisku 15. 8. 2012

LITERATURA:

1. Baram, T. Z., Horvath, T. L., Gao, X.-B., Borok, E., Liu, Z.-W., McClelland, M., a další. (13. January 2010). Early-Life Experience Reduces Excitation to Stress-Responsive Hypothalamic Neurons and Reprograms the Expression of Corticotropin-Releasing Hormone. *The Journal of Neuroscience* 30(2), stránky 703-713.
2. Breunlin, D. C. (1989). Clinical implications of Oscillation Theory: Family Development and the Proces of Change. V N. Christian, & J. R. Ramsey, *Family systems in Medicine* (stránky 135-149). New York, London: Guilftort Press.
3. Carter, E. A., & Mc Goldrick, M. (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner Press.

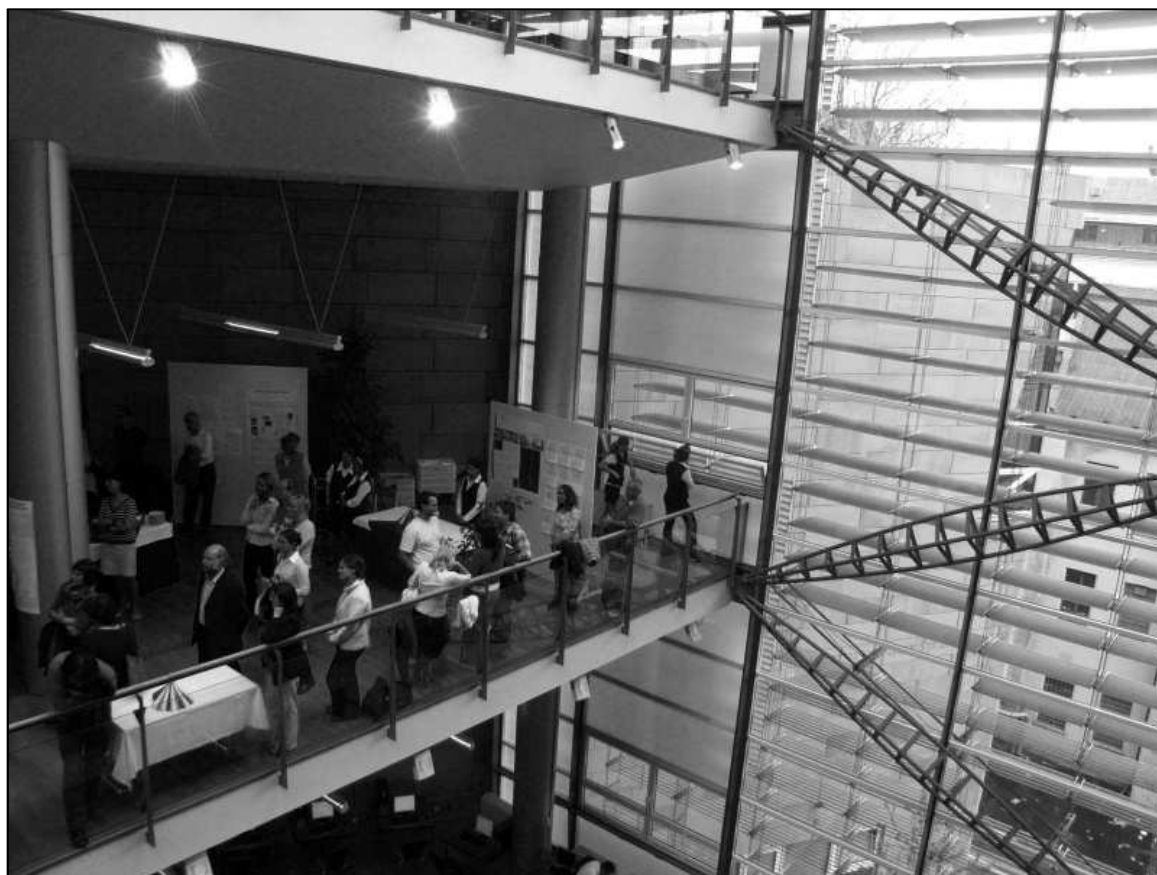
(podobně viz „průzkum bojem“) je v době převažujícího a v mnohém jistě oprávněného požadavku praxe založené na důkazech snadno napadnutelný. Souhrn našich zkušeností, jakkoli se může zdát impozantní, nemůže nahradit v jednotlivých detailech provedené důkazy nezávislou výzkumnou strategií. Jedna věc je, že v praxi je tento přístup užitečný a urychluje léčbu dokonce nejen v našich ordinacích, ale i v práci kolegů, kteří tento model převzali, druhá věc je, že vzbuzuje otázky a žádá si ověření. To se naštěstí již děje a v některých metodologicky nepochybně dobře vedených studiích se detaily našeho modelu potvrzují, jako např. v diplomové práci Matouškové, vedené prof. Šulovou o vztahu otce a dcery. (Matoušková, 2012) Doufáme, že spolupráce praxe a výzkumu se bude vzájemně stále více vyplácet. V praxi mohou vznikat témata, která lze ve výzkumu ověřovat, a to zpětně bude zlepšovat praxi ve prospěch užitečných a spolehlivých postupů.

Předneseno na Dnu rodinné terapie v Lékařském domě 17. 4. 2012

4. Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *The handbook of attachment; theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Publication.
5. Crittenden, P. (2008). *Raising parents; attachment, parenting and child safety*. Portland: Willan Publishing.
6. Dallos, R., & Crittenden, P. (2009). All in the family; integrating attachment and family systems theory. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14 (3), stránky 389–409.
7. Doherty, W. M., & Baird, M. A. (1983). *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
8. Erickson, M. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo .
9. Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., & al., e. (1999). Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics*, 40 (4) , 330-338.
10. Glaeson, B. J. (1975). Fathers and other strangers: men's speech to young children. V D. (. Dato, *Developmental psycholinguistics; theory and applications* (stránky 171-222). Washington D.C.: Georgetown University Press.
11. Graeme , H., & O'Dwyer, L. (15. 3 2012). <http://www.productiveageing.com.au/site/>. Získáno 15. 8 2012, z Ageing centre: <http://www.productiveageing.com.au/userfiles/file/Fact%20Sheet%208.pdf>
12. Holmes, T. (1978). Life situations, emotions and disease. *Psychosomatics*, 19, stránky 747-754.
13. Honzák, R. (1989). Ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických oborů. *Praktický lékař*, 95-97.
14. Hotopf, M., Nimuan, C., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms; an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51 (1), stránky 361– 367.
15. Chvála, V. (2009). Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *PSYCHOSOM*, stránky 93-103.
16. Chvála, V. (2010). Pohled rodinného terapeuta. In: Z. Vybíral, & J. Roubal, *Současná psychoterapie* (stránky 460-474). Praha: Portál.
17. Chvála, V., Trapková, L., & Skorunka, D. (5. May 2012). Social Uterus: A Developmental Concept in Family. *Contemp Fam Ther*, stránky 293–312.
18. Kiecolt-Glaser, K. J., Loving, J. T., & Stowell, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production and wound healing. *Archives of General Psychiatry*, 62 (12), stránky 1377–138.
19. Komárek, S. (2005). *Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta, edice Kolumbus.
20. Luhmann, N. (2006). *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. . Praha: CDK.
21. Marner, T. (2000). *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

22. Matalon, A. N. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract.* 19, stránky 251-256.
23. Matoušková, L. (2012). *Psychologické aspekty vztahu otce a dcery*. Praha: FF UK .
24. McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1997). *Medizinische Familientherapie in der Medizin. Ein biopsychosociales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken*. Heidelberg: Carl Auer.
25. Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
26. Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med*, 223-227.
27. Petretta, M. (1997). ; Bonaduce, D.; Scalfi, L.; Defilippo, E.; Marciano, F.; Migaux, M.L.; Themistoclakis, S.; Ianniciello, A.; Contaldo, F.: Heart rate variability as a measure of autonomic nervous system function in anorexia nervosa. *Clinical Cardiology*; 20.
28. Prekopová, J. (2009). *Malý tyran*. Praha: Portál.
29. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (322 2001). Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*, stránky 767–769.
30. Rivett, M., & Street, E. (2009). *Family therapy; 100 key points and techniques*. Hove: Routledge.
31. Salamon, P., & al, e. (2004). Voiced but unheard agendas; qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms to general practitioners. *British Journal of General Practice*, 171-176.
32. Skorunka, D. (2010). Narativita a psychoterapie. In Vybíral Z., & Roubal, J., *Současná psychoterapie* (stránky 561-583). Praha: Portál.
33. Suess, G. J., K., G., & Sroufe, L. A. (15 (1) 1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self. *International Journal of Behavioral Development*, stránky 43–65.
34. Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
35. Trapková, L. (1995). Příklad s teplotami (Externalizace). *Kontext*, XI/1.
36. Trapková, L., & Chvála, V. (2000). Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. *Prakt. lékař 80/9*, stránky 519-524.
37. Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
38. Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
39. Uexküll, T. v. (2003). *Psychosomatische Medizin, 6.vydání*. München, Jena: Urban & Fischer.
40. Vácha, M., Königová, R., & Mauer, M. (2012). *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál.
41. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W.Norton.
42. Zoja, L. (2005). *Soumrak otců*. Praha: Prostor.

TEORIE



JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST III.) – TEORETICKÉ MODELY

SOUHRN: Jániš M.: Kompliance (část III.) – Teoretické modely. PSYCHOSOM, 2012;10(3), s. 166-175

Pacienti považují své případné nekompliantní chování za poměrně srozumitelné. Zdravotníci je naopak často vnímají jako nepochopitelné. Vědci proto objevují různé teoretické modely, kterými se snaží vysvětlit a předpovědět lidské jednání ve vztahu ke zdraví. Mezi nejvýznamnější vysvětlení nekompliantního chování patří „model zdravotního přesvědčení“, „behaviorální modely“, „transteoretický model“ a „teorie reaktance“. Každý z uvedených přístupů přispívá svým dílem k porozumění chování pacientů (a také zdravotníků, protože i jejich chování lze se stejnou mírou vnímat jako nekompliantní). Většinu modelů spojuje neobviňující přístup k nekompliantnímu člověku; optimismus, že neexistuje z hlediska compliance žádný beznadějný pacient, a zájem o pacientova očekávání, představy, přesvědčení a hodnoty.

Klíčová slova: compliance, adherence, model zdravotního přesvědčení, transteoretický model, teorie reaktance

SUMMARY: Jániš M.: Compliance (part III) – Theoretical models. PSYCHOSOM, 2012;10(3), pp. 166-175

Patients perceive their non-compliant behavior as quite clear. On the other hand, health-care providers often consider it to be incomprehensible. Therefore scientists think of various theoretical models explaining patients' behavior and predicting it. Among the most important explanations we can find the "health belief model", "behavioral model", "transtheoretical model" and "reactance theory". Each of these approaches contribute to making patients' behavior more understandable (and health-care providers' behavior as well, because it can be also perceived as noncompliant). Most of the models agree on not accusing person of his/her noncompliant behavior. They are optimistic regarding the success of the compliance promoting activities. And they are interested in patients' expectations, ideas, beliefs, and values.

Key words: compliance, adherence, health belief model, transtheoretical model, reactance theory

ÚVOD

Ačkoliv se pacientům zdá jejich případné nekompliantní chování poměrně srozumitelné, zdravotníci je naopak často vnímají jako nepochopitelné. Vědci proto objevují různé teoretické modely, kterými se snaží vysvětlit a předpovědět lidské jednání ve vztahu ke zdraví.

BIOMEDICÍNSKÝ MODEL

Tento model je nejstarším a základním způsobem, jak porozumět problému compliance. Podle J. Křivohlavého (2002) se zmiňovaný model soustřeďuje na přehled statisticky zjištěných vztahů mezi různými demografickými aspekty (věkem, pohlavím) a dodržováním léčebných doporučení. Podle B. Blackwella (1997a) se soustřeďuje i na faktory léčebného režimu (vliv druhu

onemocnění, vážnosti zdravotního stavu, používaných léků, vedlejších účinků, přístupnosti léčby, porozumění způsobu léčení atd. na komplianci). Ve zdůraznění těchto skutečností spočívá přínos biomedicínského modelu.

Jeho nevýhodou je, že vychází z pojetí experta (zdravotníka) a toho, kdo se má nechat poučit (pacienta). Nekompliance může být při této perspektivě vnímána jako chyba pacienta (nedostatek jeho porozumění, motivace či vůle). Předpoklady tohoto modelu také mohou znesnadňovat vytvoření terapeutického vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Leventhal et al., 1997).

Podle některých autorů (DiMateo, DiNicola, 1982) je pro pacienty často obtížné změnit své chování ve prospěch chování kompliantního, protože jsou na původní chování dlouhodobě navyklí. Změna by pro ně znamenala překonat mocnou sílu zvyku. M. H. Becker a L. A. Maiman (1980; in DiMateo, DiNicola, 1982) považují proto za nezbytné naučit pacienta sebeovládání – tedy schopnosti vzdát se takového chování, jako je přejídání, excesivní pití alkoholu, kouření či nevhodné vyjadřování emocí. Sebeovládání je schopnost, kterou si lze osvojit. Jakmile pacient vyjádří úmysl změnit své chování a jeho odhodlání ke změně je zřejmé, je potřeba mu pomoci, aby změnil své prostředí („to alter his own environment“) a získal vládu nad svým vlastním zpevněním („to control his own reinforcement“) (DiMateo, DiNicola, 1982).

Obě rady vycházejí ze způsobu, jakými model učení vysvětluje ne/komplianci (DiMateo, DiNicola, 1982):

- klasickým podmiňováním – např. pacient, který má problémy s přejídáním, pocítí touhu po nekompliantním chování tehdy, když ucítí vůni jídla; pacient s problematickým užíváním medikace má pokušení si léky nevízt tehdy, když ho zaplaví jistý fatalismus vycházející z nesprávného přesvědčení o léčbě;

- operantním podmiňováním – úleva od bolesti způsobuje větší komplianci s léky proti bolesti; užívání antacidů ukončí žaludeční potíže způsobené určitou medikací a pacient může být více kompliantní v jejich užívání; vedlejší příznaky snižují komplianci ohledně daného léku.

Pacientovo chování je ovlivněno tím, co tomuto chování předcházelo, i tím, co po něm následovalo (anebo co pacient očekával, že bude následovat). V druhém případě můžeme mluvit o odměnách a trestech následujících po určitém jednání. Odměny a tresty mohou následovat hned po chování (pacient bude více kompliantní, bude-li za to ihned pochválen, druhými oceněn, zejména blízkými lidmi, když mu kompliance přinese příjemný zážitek, když se tím vyhne kritice), anebo po určité době (pacient bude více kompliantní s léčbou, když bude vědět, že se tím vyhne finanční ztrátě způsobené případnou pracovní neschopností, naopak může být nekompliantní, když mu hrozí ztráta sekundárních zisků z nemoci atd.).

Modely učení rovněž zdůrazňují zjišťování, pozorování a ovlivňování toho, co předcházelo a co následovalo. Nejen to – zaměřují se i na míru dovedností a zdrojů, které pacient potřebuje, aby mohl být kompliantní (DiMateo, DiNicola, 1982).

Modely učení jsou oblíbené v uvažování o komplianci (zejména kvůli optimismu, že vše se dá naučit a že neexistuje z hlediska kompliance žádný beznadějný pacient, jakož ani pacient líný či nemotivovaný). Další výhodou tohoto modelu je, že se soustřeďuje na konkrétní lidské jednání (co pacient dělá, kdy, kde, s kým atd.) – vyhýbá se tak nepřesným a urážejícím zevšeobecněním („nekompliantní pacient“). Model učení bývá však i (často nespravedlivě) kritizován za to, že zjednodušuje složitost lidské bytosti a že navrhuje jednotný přístup ke všem lidem (Rapoff, 1999; DiMateo, DiNicola, 1982).

MODEL ZDRAVOTNÍHO PŘESVĚDČENÍ („THE HEALTH BELIEF MODEL“)

Model zdravotního přesvědčení (Rosenstock, 1966; in DiMateo, DiNicola, 1982; Becker, 1974; in DiMateo, DiNicola, 1982) tvrdí, že lidé vyhledávají zdravotní péči a jsou s ní kompliantní pouze za určitých specifických podmínek. A ty jsou následující (DiMateo, DiNicola, 1982):

- když mají alespoň minimální zdravotní znalosti a minimální motivaci být zdraví – když si např. dělají starosti o zdraví svých blízkých, mají doma teploměr, chtějí v případě potřeby navštívit lékaře, užívají vitaminy, cvičí, relaxují atd. („zájem o zdravotní problematiku /všeobecně/, ochota vyhledat lékařskou pomoc“);

- když věří, že jsou zranitelní pro případné hrozící onemocnění – že by např. mohli dostat nějaké nádorové onemocnění, že by se u nich mohl znovu opakovat astmatický záchvat a jiné situace, které považují za vážné ve vztahu ke svému zdraví i ve vztahu k takovým sociálním skutečnostem, jako je účast v práci, postavení v rodině atd. („přesvědčení o své zranitelnosti, přesvědčení o vážnosti onemocnění“);

- když jsou přesvědčeni, že je teoreticky možné dostat nemoc pod svou vládu a že i oni sami jsou toho schopni – že je např. léčba penicilinem schopna odvrátit revmatickou horečku a že oni jsou schopni takovou léčbu absolvovat („přesvědčení o účinnosti léčby, víra v osobní zdatnost /self-efficacy/“ dle A. Bandury /1977; in Donohue. Levensky, 2006/);

- a že cena, kterou zaplatí za tuto léčbu (ve smyslu vynaloženého času, peněz, energie, strachu, studu, bolesti, nepohody, rizika atd.), není příliš vysoká ve srovnání s přínosy oné léčby – např. zvažují, zda navrhovaná vakcína je bezpečná, zda ji zaplatí, zda nebudou zakoušet příliš mnoho vedlejších účinků, zda nebudou muset obětovat příliš mnoho ze svého volného času, zda to nebude bolet atd. („cena léčby, přínosy a ztráty“).

Model zdravotních přesvědčení je v oblasti vysvětlení nekompliance jedním z nejčastěji přijímaných výkladů. Kritizován je ovšem také. Zejména proto, že vyzdvihuje podíl rozhodování na komplianci, a tím jakoby přehlížel podíl návykové složky (kdy člověk jedná téměř automaticky – např. u kouření, u čištění zubů). Je také kritizován za samozřejmé vyzdvižení „zdraví“ jako nejvyšší hodnoty a za spojení všech aktivit s touto nejvyšší hodnotou. Zdraví ale nemusí být u všech tou nejvyšší hodnotou a také mnohé aktivity zdánlivě související se zdravím mohou souviset s jinými hodnotami (dodržování zdravé výživy pro zvýšení atraktivity, jogging pro setkání s přáteli atd.). V takových případech by se popisovaný model ukázal jako neúčinný. Uvedený model rovněž nebere v úvahu proměnné z lidského prostředí, vše spojuje jen s hodnotou zdraví – ačkoliv např. nedodržování zdraví prospěšných aktivit nemusí souviset s odmítáním zdraví jako spíše s bariérami v prostředí (člověk nejde běhat, protože ovzduší kolem je znečištěné) (Clark, Becker, 1998).

SEBEREGULAČNÍ MODEL („SELF-REGULATORY MODEL“)

Tento model považuje pacienta za jakéhosi „vědce“ ohledně sebe a svého zdraví. Zmíněný „vědec“ si sám pro sebe formuluje hypotézy, jak funguje jeho tělo, jak na něho nemoc působí a co má dělat, aby zabránil nemoci nebo ji vyléčil. Používá u toho svou „logiku zdravého rozumu“.

Model podtrhuje důležitost kognitivních reprezentací (představ, přesvědčení), které si pacient zmiňovanou logikou vytváří. Současně zdůrazňuje potřebu shody mezi pacientovou představou o nemoci, léčbě atd. na jedné straně a zdravotníkovou představou téhož na straně druhé – tvrdí totiž, že čím větší je rozdíl mezi jejich představami, tím je nekompliance výraznější. Jako klíčové pak zastánci tohoto modelu vidí postupně tvarování toho, jak si pacient interpretuje své zkušenosti s nemocí. A to v následujících oblastech (Leventhal et al., 1997):

- jak si vykládá své symptomy (a jak je vlastně nazývá);
- v čem vidí příčinu svého stavu (např. u psychiatrických poruch: je příčinou infekce? vrozená slabost? chemická porucha? prokletí?);
- co si myslí o průběhu svého stavu (např. jak dlouho bude trvat; jak se bude stav vyvíjet během oné doby);

- jak vnímá možné somatické, sociální i finanční důsledky toho, co se s ním nyní děje;

- v čem spatřuje možnou pomoc (a zda mu mohou být užitečné pokusy pomoci ze strany jeho samotného, rodiny, blízkých či zdravotníků).

Je třeba si uvědomit, že pacientova přesvědčení jsou spíše v čase se proměňujícími hypotézami než trvale platnými zásadami. V kontaktu se zdravotníkem se mohou proměňovat, sblížovat s tím, čemu věří zdravotník. To může vést k větší komplianci. Nekompliance je naopak plodem rozporu mezi přesvědčeními zdravotníka a pacienta. Je běžným jevem, protože pacientova přesvědčení často vycházejí z mylných – i když pochopitelných – předpokladů např. o tom, že nemoc je jen krátkodobá, časově omezená (přičemž ona může být chronická), že se účinek léků pozná hned (v případě antidepressiv to však může trvat i několik týdnů, než si na ně tělo „zvykne“), že příčinou bylo jen časové nakupení stresu, kterého se může snadno vyvarovat (v případě psychózy to ale může být endogenní proces) apod. Přesvědčení o nemoci ovlivňují i to, jak pacient vnímá léčbu. Pokud je přesvědčen, že nemocí netrpí (např. psychózou), pak nemá potřebu vyhledávat lékaře – anebo ho od jeho návštěv odradí i nepatrný neúspěch léčby.

SOCIÁLNĚ KOGNITIVNÍ MODEL

Zda lidé dosáhnou změny svého chování a zda si tuto změnu udrží, je ovlivněno také tím, co si o této změně myslí (tj. kognitivními faktory). Např. podle G. C. Davisona a S. Valinse (1969; in DiMateo,

DiNicola, 1982) hraje důležitou roli skutečnost, komu lidé přiřítají rozhodující podíl na změně svého chování – zda sami sobě, nebo nějakému externímu činiteli (zdravotníkovi).

Pokud sami sobě, vítají pak možnost participovat na léčbě a jsou v udržení změny mnohem vytrvalejší (můžeme u nich mluvit o vnitřním místě řízení – „locus of control“ – v otázkách zdraví). Pokud přičítají podíl na změně zejména externímu činiteli (zdravotníkovi), pak jim vyhovuje léčba, kdy rozhodnutí spočívají spíše na zdravotníkovi (vnější místo řízení v otázkách zdraví).

Podobně významné je i to, zda je pacient přesvědčen, že on sám dokáže zvládnout situaci. Mluvíme o tzv. „self-efficacy“ (Křivohlavý, 2002; Bandura, 1977; in Donohue, Levensky, 2006). Nestačí tedy jen schopnost situaci zvládat, ale i osobní přesvědčení daného člověka, že dokáže své schopnosti účinně využít. Takový člověk chápe komplianci jako

TRANSTEORETICKÝ MODEL

Všechny zatím zmíněné modely předpokládají, že pacient je pro léčbu motivovaný. Praxe však ukazuje, že tomu tak často není. Transteoretický model byl navržen, aby překonal limity zmiňovaných teorií. Jeho pilíři jsou čtyři konstrukty (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006; Miller, Rollnick, 2003; Prochaska, Norcross, 1999):

- fáze změny;
- zvažování rozhodnutí, ambivalence ve vztahu ke změně;
- self-efficacy;
- procesy změny.

Podle transteoretického přístupu prochází člověk na cestě ke změně chování (a takovou změnou je každé kompliantní chování) pěti fázemi:

- fázi prekontemplační, kdy popírá, že by měl problém, a nechce se proto změnit, nevidí negativa svého dosavadního chování, a pokud nějaká vidí, tak je považuje za bezvýznamná,

výzvu (spíše než skutečnost, za kterou se skrývá mnoho hrozeb), je vytrvalý a hned tak jej něco neodradí. Míra self-efficacy se u člověka vyvíjí v souvislosti s tím, jak se mu dařilo překonávat pro něj obtížné úkoly a jak se totéž dařilo jeho vzorům, které mohl pozorovat (Rapoff, 1999).

M. A. Rapoff (1999) uvádí i kritické připomínky vůči sociálně kognitivnímu přístupu. Zejména se ptá (vzhledem k využitelnosti zmiňovaného modelu), zda se self-efficacy dá vůbec měřit a zda se dá i nějak měnit. Zamýšlí se také nad tím, zda sociálně kognitivní teorie nepřehlíží vlivy okolí.

vzdal se myšlenky na změnu (aspoň v následujících šesti měsících), myšlenky na změnu ho dokonce oslabují vzhledem k mnoha pádům zpět do původního chování, které v minulosti zažil;

- fázi kontemplační, kdy již začíná zvažovat přínosy a nároky změny, ale zatím přeceňuje ony nároky;

- přípravnou, kdy si pacient už plánuje, že se v nejbližších třiceti dnech změní, a začíná pro to dělat drobné krůčky;

- fázi jednání či akce, kdy pacient již jedná a dělá ve svém chování změny směrem ke zdravějšímu způsobu života, anebo je v uplynulých šesti měsících už udělal;

- fázi udržovací, kdy již vydržel jednat zdravějším způsobem života po šest měsíců a vlastně se udržuje před návratem do nižších fází.

Většina pacientů je podle mnohých výzkumů (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006) ve fázi prekontemplační a kontemplační. Zvažují důvody, proč být kompliantní či proč takový nebýt. K tomu, aby své chování změnili, zatím připraveni nejsou. Když tedy navrhneme pacientům, jaké změny svého chování mohou učinit, často se míjíme s hlavní potřebou většiny z nich – potřebou zvážit plusy a mínusy případného kompliantního chování, být otevřený vůči důsledkům chování kompliantního i nekompliantního a poznat někoho, kdo již kompliantní je. A pokud to navíc činíme formou přednášky, formou hrozeb nebo nucením ke kompliantnímu jednání, mohou být naše snahy doslova kontraproduktivní.

J. M. Prochaska, J. O. Prochaska a S. S. Johnson (2006) uvádějí ještě deset základních procesů, kterými se lidé mění (např. i směrem ke kompliantnímu chování). Autoři tvrdí o těchto procesech, že vznikly „vydestilováním“

toho nejspolehlivějšího z 24 hlavních terapeutických systémů. Mezi tyto procesy změny patří: zvyšování poznání o komplianci; zážitek nepříjemných stavů v případě nekompliantního chování; zjištění, jaký pozitivní vliv má moje kompliantní chování na mé blízké; ujasnění si svých hodnot v životě, jejichž dosažení by kompliance mohla pomáhat; učinění závazku před druhými, že budu kompliantní; odměňování (se) za komplianci; zkušenost se vztahy, které člověka na této cestě podporují; propojení nového chování s příjemnými podněty; vláda nad podněty, které by mohly vést k nekomplianci; zjištění, že i společnost podporuje komplianci.

Popisovaný model je jedním z nejvíce uznávaných výkladů cesty ke kompliantnímu chování. Je však i kritizován – např. M. A. Rapoff (1999) kritizuje jeho malou propojenost s empirií.

TEORIE REAKTANCE

Tato teorie vychází z premisy, že každý člověk má právo se rozhodovat o svém chování v konkrétní situaci. Anebo že každý člověk alespoň věří, že by to tak mělo být. Pokud daná osoba vnímá ohrožení tohoto práva, reaguje snahou ho opět získat. Její snaha je tím větší, čím významnější je pro ni situace, o kterou jde, a čím větší možnost na úspěch takového úsilí vidí. Pokud je ve své snaze neúspěšná, upadá do stavu bezmocnosti (Kuhlman, 1997).

Pokud zdravotník nabízí pacientovi nějaká doporučení, mohou nastat dvě krajní situace:

- pacient přijímá doporučení, bere na sebe roli pacienta a zdravotníkovi přisoudí roli experta (pak se může objevit mocná síla „placebo efektu“);
- pacient cítí ohrožení svého konkrétního práva (čímž se objevuje mocná síla reaktance /nekompliance/).

Podle T. L. Kuhlmana (1997) reaktance (nekompliance) není (většinou) osobnostní charakteristikou pacienta – je spíše plodem interakčního procesu (podobně jako placebo). Její síla je nepřímo úměrná míře svobody a dobrovolnosti pacienta ve vztahu se zdravotníkem. Objevuje se tehdy, když

jsou ohroženy některé svobody a práva pacienta – např. tehdy, když dochází k nesouladu „náhledu“ zdravotníka a pacienta a oba zmiňovaní nedokážou spolu vytvořit neohrožující vztah (další náznak toho, že reaktance /nekompliance/ je plodem interakční výměny).

Když člověk přijímá roli pacienta v určité léčbě, zdá se mu (a mnohdy to tak i bývá), že se vzdává některých svobod (musí si sám sebe představovat jako nemocného, musí dodržovat dietu,

absolvovat krevní testy, navštěvovat lékaře, zažívat vedlejší účinky léku apod.). Možná časem nalezne jiné hodnoty, které mu ty ztracené nahradí. Do té doby ale setrvává v roli kompliantního pacienta jen potud, pokud bude přesvědčen o smyslu nabízené léčby. Pokud se mu smysl léčby vytratí, bude usilovat o znovudosažení svých svobod (dosažení pocitu, že je zdravý, že může žít bez diet, bez krevních testů, bez návštěv lékaře, bez léků) a nabízenou léčbu ukončí (Kuhlman, 1997).

SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÝ MODEL

M. R. DiMateo a D. D. DiNicola (1982) spatřují podstatu compliance ve struktuře a povaze vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Compliance je podle nich procesem sociálního vlivu, kdy přítomnost jedné osoby (zdravotníka) ovlivňuje chování jiné osoby (pacienta).

Další premisou tohoto modelu je přesvědčení, že pacienti se nepoddávají vlivu zdravotníka, jak by se na první pohled mohlo zdát. Oba dva – zdravotník i pacient – se pokoušejí pomocí různých strategií ovlivnit vzájemné setkání podle svých přání. Chtějí, aby druhý účastník komunikace přijal jejich pohled na zdravotnický problém. Jejich setkání je vlastně vyjednáváním – které často není reflektované – z pozic rozdílných představ, hodnot, cílů, očekávání apod.

Kompliance je pravděpodobnější, když pacient a zdravotník komunikují, když je mezi pacientem a zdravotníkem důvěra, otevřenost a naděje. Rovněž je důležité, aby léčba odpovídala pacientovým představám a hodnotám. Žádný pacient nebude zachovávat zdravotnická doporučení, o kterých si myslí, že nejsou účinná; která vedou k cíli, jež pro něj nemá hodnotu; která jsou v rozporu s tím, co si přeje jeho rodina a přátelé; či jen kvůli zdravotníkovi, kterého nemá rád a neváží si ho.

Vyjednávání má za cíl uznat pacientovy pohledy na léčbu a zaangažovat pacienta do jejího plánování a uskutečňování. Tím je zajištěna i větší spokojenost obou účastníků komunikace, stejně tak jako větší pravděpodobnost compliance (DiMateo, DiNicola, 1982).

ZÁVĚR

Zjišťujeme, že pacientovo jednání se s radami zdravotníků neshoduje, spíše než shoduje (Levensky, Donohue, 2006). Samotní pacienti považují své případné

nekompliantní chování za poměrně srozumitelné. Zdravotníci je naopak často vnímají jako nepochopitelné.

Je několik teorií, které se snaží vysvětlit principy kompliance:

Biomedicínský model (Blackwell, 1997a) zjišťuje vztahy mezi různými demografickými aspekty (věkem, pohlavím) a dodržováním léčebných doporučení. Soustřeďuje se i na faktory léčebného režimu (vliv druhu onemocnění, vážnosti zdravotního stavu, používaných léků, vedlejších účinků, přístupnosti léčby, porozumění způsobu léčení atd. na komplianci).

Modely učení (behaviorální modely kompliance) vysvětlují ne/komplianci klasickým a operantním podmiňováním. Rovněž zdůrazňují zjišťování, pozorování a ovlivňování toho, co takovému chování předcházelo a co po něm následovalo (Rapoff, 1999).

Zastánci modelu zdravotního přesvědčení tvrdí, že lidé vyhledávají zdravotní péči a jsou s ní kompliantní pouze za určitých specifických podmínek: když mají alespoň minimální zdravotní znalosti a minimální motivaci být zdraví; když věří, že jsou zranitelní pro případné hrozící onemocnění; když jsou přesvědčeni, že je teoreticky možné dostat nemoc pod svou vládu a že i oni sami jsou toho schopni, a že cena, kterou zaplatí, není příliš vysoká ve srovnání s přínosy oné léčby (Rosenstock, 1966; in DiMateo, DiNicola, 1982).

Seberegulační model považuje pacienta za jakéhosi „vědce“ ohledně sebe a svého zdraví. Tento „vědec“ si sám pro sebe formuluje hypotézy, jak funguje jeho tělo, jak na něho nemoc působí a co má dělat, aby zabránil nemoci nebo ji vyléčil. Používá u toho svou „logiku zdravého rozumu“. Model podtrhuje důležitost kognitivních reprezentací (představ, přesvědčení), které si pacient zmiňovanou logikou vytváří. Model současně zdůrazňuje potřebu shody mezi

pacientovou představou o nemoci, léčbě atd. na jedné straně a zdravotníkovou představou téhož na straně druhé (Leventhal et al., 1997).

Podle sociálně kognitivních modelů je skutečnost, zda lidé dosáhnou změny svého chování a zda si tuto změnu udrží, ovlivněna také tím, co si o této změně myslí (tj. kognitivními faktory) – např. komu přičítají rozhodující podíl na změně svého chování a zda jsou přesvědčeni, že oni sami dokážou situaci zvládnout (Davison, Valins, 1969; in DiMateo, DiNicola, 1982; Bandura, 1977; in Donohue, Levensky, 2006).

Transteoretický model upozorňuje na to, že mnozí pacienti zvažují důvody, proč být kompliantní, či naopak nebýt. K tomu, aby své chování změnili, zatím připraveni nejsou. Když tedy zdravotníci navrhnou pacientům, jaké změny svého chování mohou učinit, často se míjejí s hlavní potřebou většiny z nich – potřebou zvážit plusy a mínusy případného kompliantního chování, být otevřený vůči důsledkům chování kompliantního i nekompliantního a poznat někoho, kdo již kompliantní je (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006).

Zastánci teorie reaktance považují nekomplianci nikoliv za osobnostní charakteristiku pacienta, jako spíše za plod interakčního procesu (podobně jako placebo) mezi pacientem a zdravotníkem. Síla reaktance (nekompliance) je nepřímě úměrná míře svobody a dobrovolnosti pacienta ve vztahu se zdravotníkem. Objevuje se tehdy, když jsou ohroženy některé svobody a práva pacienta – např. tehdy, když dochází k nesouladu „náhledu“ zdravotníka a pacienta a oba zmiňovaní nedokážou spolu vytvořit neohrožující vztah (Kuhlman, 1997).

Badatelé upřednostňující sociálně psychologický model vidí podstatu ne/kompliance v setkání mezi zdravotníkem a pacientem. Oba dva – zdravotník i pacient – se pokoušejí pomocí různých strategií ovlivnit vzájemné setkání podle svých přání. Chtějí, aby druhý účastník komunikace přijal jejich pohled na zdravotnický problém. Jejich setkání je vlastně vyjednáváním – které často není reflektované – z pozic rozdílných představ, hodnot, cílů, očekávání apod. Compliance je pravděpodobnější, když pacient a zdravotník komunikují, když je mezi pacientem a zdravotníkem důvěra,

otevřenost a naděje. Rovněž je důležité, aby léčba odpovídala pacientovým představám a hodnotám (DiMateo, DiNicola, 1982).

Každý z uvedených přístupů přispívá svým dílem k porozumění chování pacientů (a také zdravotníků, protože i jejich chování lze se stejnou mírou vnímat jako nekompliantní). Většinu modelů spojuje neobviňující přístup k nekompliantnímu člověku; optimismus, že neexistuje z hlediska compliance žádný beznadějný pacient, a zájem o pacientova očekávání, představy, přesvědčení a hodnoty.

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

LITERATURA

1. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918. In: Rapoff, M. A. (1999). *Adherence to pediatric medical regimens*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
2. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. In: Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Johnson, S. S. (2006). *Assessing readiness for adherence to treatment*. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). *Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
3. Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6, 113-135. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.
4. Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monograph*, 1974, 2, 409-419. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.
5. Blackwell, B. (1997a). From compliance to alliance: A quarter century research. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
6. Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
7. Clark, N. M., & Becker, M. H. (1998). Theoretical models and strategies for improving adherence and disease management. In: Shumaker, S. A., et al. (Eds.) (1998). *The handbook of health behavior change*. (2nd ed.) New York: Springer publishing Company.

DISKUSE



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

Komentář Jiří Šimek

Text kolegy Jániše v minulém čísle Psychosomu je velmi zajímavý a přináší řadu pozoruhodných dat. Kompliance, míra, se kterou se pacientovo jednání (např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků, je fenomén, kterému bychom měli věnovat patřičnou pozornost. Pacientů, jejichž jednání se s radami zdravotníků více či méně neshoduje, je skutečně dost. Nekompliance je sice spojena s mnoha negativními důsledky, může ale také, jak autor připouští, být spojena se zřetelným prospěchem pro nemocného. Lze

souhlasit, že pokud se ze 100 kompliantních pacientů 63lepší, je zde jasná souvislost mezi kompliancí a zlepšením zdravotního stavu. Na druhé straně ale všichni víme, že jsou situace, kdy dodržování rad zdravotníků vede k zhoršení a nedodržení rad k zlepšení stavu. Zkusme se nad tímto problémem zamyslet trochu hlouběji.

Anglický výraz „compliance“ nám Seznam přeloží jako „vyhovění čemu“, „dodržování čeho“, „soulad s čím (o pravidlech)“. Užívání slova „compliance“ předpokládá, že někdo ví, co se má dělat, podle toho stanovuje pravidla jednání a pro toho druhého je lepší, když stanoveným pravidlům vyhoví. Jenomže

lékař nemůže vědět všechno a jím stanovená pravidla vycházející z obecných zákonitostí vyžadují úpravu podle situace a stavu unikátních jedinců, na která jsou aplikována. A nemusí jít vždy o psychosomatické souvislosti. Nedávno mi jedna pacientka trpící těžkou polyvalentní alergií (česky: alergií na všechno) spíše s pobavením líčila situaci, kdy lékařka na renomované klinice trvala na tom, že bude užívat léky podle zaběhnutého schématu, a rezolutně prohlásila, že alergie pacientky ji nezajímají. V takové situaci je pacient nekompliantní z vitální indikace (česky: pro záchranu života).

Moc by mne zajímala studie, ve které by byla sledována míra compliance v závislosti na komunikačním stylu lékaře. Když lékař předepisuje svým pacientům beta-blokátory na jejich hypertenzi (vysoký krevní tlak) bez ohledu na to, že mnozí muži se obávají jejich negativního účinku na potenci, a nepřipustí o tom debatu, bude nekompliance v jeho ordinaci hodně vysoká. Pokud v mé ordinaci mohl pacient vždycky říci nahlas, který lék chce užívat a kterým mým doporučením vyhovět nechce nebo nemůže, byla asi nekompliance řidším jevem. A obvykle jsem byl o ní informován a mohl jsem dle toho upravit svá doporučení a farmakologickou léčbu.

Znamé biblické prohlášení „Co platno, kdyby člověk celý svět získal, ale svou duši ztratil“ naši pacienti naštěstí většinou respektují. Staří Řekové sice říkali, že ve zdravém těle zdravý duch, ale současná medicína nás učí, že to není tak úplně pravda. Doporučení a postupy, které vedou k udržení zdravého těla, se

V Praze 4. 6. 2012

Do redakce přišlo 4. 6. 2012

Do tisku přijato 15. 8. 2012

až příliš často dostávají do sporu s představou nemocného o smysluplném životě. Kdo mi nevěří, ať zkusí místo poskytování vyčtených doporučení ptát se obézních (česky: tlustých) žen: „Už jste někdy zkoušela držet redukční dietu?“ Budou překvapeni nápadnou podobností jejich odpovědí: „Ano, mnohokrát. První týden to celkem jde, druhý týden začnu být zlostná a třetí týden už jsem svými podrážděnými reakcemi nesnesitelná sama sobě. A tak začnu znovu jíst.“ Podobně to mívají kuřáci. Názorný příklad, jak duševní rovnováha a rovnováha tělesných šťáv nejsou nutně v souladu. (Z jakého jiného důvodu tolik zdravotníků kouří?)

Existuje jediné řešení. Všechna svá doporučení dávat na základě předchozího rozhovoru (dialogu) s pacientem. V takovém uspořádání není až tak důležitá „kompliance“ pacienta, důležitější je, do jaké míry jsme se s pacientem dokázali dohodnout o tom, co bude nejrozzumnější udělat. A do jaké míry nás zajímá, co si pacient s našimi doporučeními počal.

Aplikováno na psychosomatiku: Současná medicína není jen expertní záležitostí, bez dialogu (všech se všemi) se neobejde. Psychosomatická medicína je v podstatě na dialogu postavená. Názorným příkladem může být překrásná kazuistika kolegy Masnera, také v minulém čísle. Když si ji pořádně přečteme, můžeme vidět, že autor je po celou dobu své péče (až po sepsání kazuistiky) v neustálém dialogu nejen s pacientkou, ale i s její rodinou, s oficiální medicínou, s psychosomatickými teoriemi a samozřejmě i sám se sebou.

ČEPICKÝ P.: AD MEDICÍNA ZALOŽENÁ NA DŮVĚŘE¹

Hana Konečná, Danica Slouková, Tonko Mardešić: *Medicína založená na důvěře I. O nebohém pacientovi v postmoderní době*, Galén, Praha, 2012

¹ Dovolili jsme si zde publikovat další recenzi na tutéž knihu jako v minulém čísle (srovnej *Psychosom* 2/2012, str. 126–128). Navíc jde o text nezvykle rozsáhlý, k jehož plnému pochopení se zdá být potřebná znalost publikace, kterou autor kritizuje, stejně jako je kritický k celému psychosomatickému hnutí, přestože – a snad i právě proto, že je jedním z jeho neúnavných propagátorů na poli gynekologie, a hlavně jedním z mála velmi vzdělaných badatelů na tomto poli. Doufám, že autoři kritizované publikace nebudou tento náš počin považovat za útok na svou práci, protože tak to ze strany redakce *Psychosomu* není myšleno. Přes všechnu autorovu skepsi považuji tento text za něco jako generační vyznání, které by nemělo zapadnout. Za kritickým tónem totiž tuším autorovu lásku k oboru, která mu přes všechna zklamání vydržela dodnes. (pozn. red.).

POZNÁMKA:

Podotýkám, že toto je recenze původního rukopisu. Nevím, zda a jak byl text před vydáním pozměněn (četl jsem to třikrát, upřímně doznávám, že počtvrté už to číst nebudu). Tolik na vysvětlenou, kdyby se zdálo, že některá moje připomínka neodpovídá publikovanému textu.

O recenzi mě požádal potenciální nakladatel. Budiž tedy hned na počátku řečeno:

Text doporučuji k publikaci a – pokud bude skutečně vydán – vážím si vydavatele za to, že věnuje své peníze na podporu tohoto projektu. Neboť nepochybně utrpí finanční ztrátu, rovnající se zhruba nákladům na vydání, práci nepočítaje.

Mít k textu závažné připomínky, požadovat na autorech, aby to či ono doplnili, upravili, zohlednili, upozorňovat je na to, že na tuto otázku převládá názor jiný apod. nelze. Tedy – lze, pochopitelně, a taky že to udělám. Autoři ovšem tyto připomínky odmítnou a udělají správně. Kdyby vyhověli, vznikla by jiná kniha.

Jde ovšem o text kontroverzní, rozporuplný, provokativní, emoce vzbuzující, a nejde o četbu snadnou.

Autoři si vytyčili olbřímí úkol. Víc, vysnili si olbřímí sen. „Úkol“ je definován, či spíše popsán v závěrečné kapitole – logičtěji by snad měla být kapitolou úvodní. Ale skutečný cíl, možná ne úplně vědomý, ne úplně přiznaný, je mnohem větší. Vytvořit novou medicínu, integrující poznatky biologie a psychologie do jediného modelu, zastřešeného poznatky filosofickými (nikoli filozofickými), dokonce vytvořit novou medicínu, překonávající medicínu současnou (jež v ní bude integrována). Je-li klasické biologické poznání a z něho odvozená biologická medicína tezí, je-li postmoderní galirudolf (termín básníka Zbyňka Havlíčka) antitezí, je nevysloveným cílem nebo snad snem autorů vytvořit syntézu.

„Referenční dílo“, ke kterému se autoři vztahují, je – Máj Karla Hynka Máchy (viz konec kapitoly X). Dílo provokativní, nepochopené, na základě nepochopení odsouzené, ovšem, jak dnes víme, dílo, přinejmenším v české kotlině, převratné

a přinášející podněty, které ovlivnily českou poezii, ba českou kulturu, po dalších nejméně 100 let – ostatně v souvislosti s dvoustým výročím opět oživený zájem o Máchu ukazuje, že má co říci i po 200 letech. A v neposlední řadě dílo romantické. Takový medicínsko-psychologický Máj touží autoři napsat. Že je neocenění dnešek, to vědí. Věří, že budoucnost ukáže, že jejich koncepce byla podnětná a ovlivnila dalších 100 let medicíny. Vlastně věří, že potomci ocení, že měli pravdu.

Ostatně to autoři přiznávají výslovně sami v předposlední větě celého textu, byť v negativu. Ale znáte to: To je netopýr. To není netopýr. Na záporce nezáleží, obojí je GF+TV (nebo GoFoTV, podle toho, který systém signování je vám sympatičtější). Ale už předtím v poslední kapitole je uvedeno, že cíl je normativní, dokonce je zde název nové medicíny: medicína narativní.

Vlastně ta poslední kapitola musí být poslední. Dává to práci správný rytmus (skutečně, ta práce má rytmickou dynamiku, nevím, zda úmyslně nebo náhodou, v každém případě působivou). Nejde však o vědeckou práci – navzdory záplavě odborných termínů, navzdory tomu, že se zde mluví o výzkumné strategii, výzkumné metodice. Nejde o výzkumnou práci, nejde ani o příručku nebo učebnici. Nejspíš bych práci nazval rozsáhlým esejem.

Jistým praktickým problémem pro nakladatele je, komu je kniha vlastně určena. Její být jen četba, natož reflexe vyžaduje profesionální znalosti medicíny, profesionální znalosti psychologie a profesionální znalosti filosofie. Sám jsem medicínu vystudoval a žívím se jí. Vystudoval jsem psychologii, ale nežívím se jí a nesleduji její další vývoj – alespoň mi zůstalo to, že mohu porozumět psychologickému

textu. Ale ve filosofii jsou moje znalosti znalostmi bývalého antikváře – musím vědět, kdo je to třeba Driesch a co napsal, abych věděl, za kolik mohu koupit a prodat jeho knížku, a v jakém regálu ho hledat, když se na něj zákazník ptá. V medicíně dokážu rozpoznat, kdy je autor příliš subjektivní a uchyluje se od současných trendů, a snad dokážu i pochopit, co tím sleduje. V psychologii si to snad mohu tipnout. Ve filosofii mohu, v nejlepším případě, zavrtět či pokývat hlavou. Nebo pokrčit rameny. Ještě jinak: S lékařem mohu diskutovat, s psychologem jsem schopen alespoň mluvit, filosofovi mohu pouze naslouchat.

Laik si tuto knížku může zakoupit s nadějí, že porozumí své nemoci a její léčbě. Jeho zmatek však četba nezmenší, dokonce naopak, jeho zmatek četba zvýší. Odborník buď o těchto otázkách přemýšlí, pak mu to může být podnětem a jiným pohledem. Pokud ovšem odborníky, kteří o těchto otázkách hlouběji přemýšlejí, znám, tak většinou jsou zabetonováni ve svých postojích a nechtějí je měnit, sám ostatně nejsem výjimkou. Pokud o tom odborník – kteréhokoli dotčeného oboru – nepřemýšlí, tak mu četba tohoto spisku případně zbytečná a dá přednost jiné odborné literatuře.

Druhým praktickým problémem je to, že kniha má tři autory tří různých specializací, které si liší vzděláním, myšlením, jazykem. Tito tři autoři se pokusili vytvořit jednoho trojjediného autora, mluvícího jednou řečí. Pokus zůstal neúspěchem. Je na první pohled patrné, který odstavec či kterou větu napsal lékař, kterou psycholog, kterou filosof. Snad by bylo jednodušší, kdyby prostě každá osoba napsala nezastřené kapitoly svou a pokus o syntézu byl ponechán na čtenáři. Ale rozumím, proč to autoři udělat nemohli. Byla by to

rezignace na syntézu, jíž chtějí dosáhnout.

Dalším problémem jsou historické exkurzy. I těm rozumím. Autoři chtějí své dílo zasadit do rámce historického vývoje lidského myšlení, chtějí, aby bylo ne-li vrcholem, tedy alespoň souhrnem dosavadního poznání. Aby logicky vyplynulo z minulosti a ukázalo cestu do budoucnosti. Jenže i zde narážejí na praktický problém vzájemného neporozumění, různosti vzdělání, různosti myšlení. Fakticky jsou historické exkurzy v mnoha případech pro zasvěceného zbytečné, pro laika nedostatečné. Vysvětlovat Descartesovu filosofii filosofovi je zbytečné. Vysvětlit ji na takto malém prostoru laikovi je nemožné. A to mluvím o vlastně jednoduchém Descartesovi, nemluvím třeba o fenomenologii. Pokud se pak týká historických exkurzů medicínských, je příliš patrné, že specialista na tuto oblast mezi autory chybí. Nezbyvá než improvizovat a opisovat. Historie je navíc roztržštěná – v kapitole o historii medicíny zcela chybí historie psychosomatického nazírání. Ta je pak jinde (od jiného autora?), a opět jinde je historie filosofických souvislostí (opět od jiného autora?).

Teoretický text a kazuistiky jsou vlastně dvě různé knížky. Kazuistiky jsou – nu, prostě panoptikum. Mají v sobě nepochybně velký potenciál, ten však zůstává nevyužit. Nejsou téměř komentovány – snad mají ilustrovat teoretický text, ale souvislost není vždy zřejmá, často je přímo sporná. Teoretik se ke kazuistikám nevyjadřuje, ale ani praktik je nijak nekommentuje. Čtenář-teoretik kazuistiky odvádějí od teoretického textu. Čtenář-praktik a čtenář-laik je čtou jako bakalářské příběhy a teoretický text přeskakují. Bohužel ani zde se syntéza nezdařila – a zde je to snad nejvíc škoda.

Mluvím o „kazuistikách“, ale vlastně nejde o kazuistiky v přesném slova smyslu. To by musel být nějaký objektivní korelát k předloženému vyprávění. Spíš než o kazuistiky jde o příběhy, někdy až v „bakalářském“ slova smyslu.

Jak text pokračuje, kazuistiky mizí, aniž by to nějak vadilo. Možná dokonce naopak, text se stává souvislejším. Možná ovšem obráceně, byl to vždy určitý oddech ve čtení, které je skutečně těžké, ve všech smyslech tohoto slova.

Zkusím nyní postupovat po jednotlivých kapitolách a po jednotlivých odstavcích. Vyslovuji se k nim, jak to vidím já. Jsem si zcela vědom, jak jsou mé názory, postoje, připomínky subjektivní. Jsem si zcela vědom, že zneužívám příležitosti k formulaci svých vlastních názorů a svých postojů, které bych bez této příležitosti nikdy nezformuloval – je podstatně snazší vymezovat se vůči jinému než sám tvořit. Ostatně mám v tomto přístupu řadu předchůdců, mezi nimi nejméně jednoho Velikého (totiž Fridricha Velikého a jeho spisek Antimachiavelli).

Nejenže nepožadují, aby k mým názorům autoři přihlédlí, dokonce si to nepřejí – kdyby tak učinili, vznikla by jiná knížka, a ta už by nebyla jejich. (Abych nebyl nesprávně pochopen: Nejde mi o autorská práva, já nic podobného nikdy nenapišu. Pokud by snad něco autoři pokládali za tak inspirující, že by to vzali za své a do svého textu, mají k tomu mé požehnání. Nepřejí si pouze, aby jakkoli měnili svůj text jen proto, aby vyhověli recenzentovi.) K trojjedinému autorovi budu stejně bezohledný, jako je on ke čtenáři: Znalost medicíny, psychologie a filosofie na mé úrovni předpokládám jako samozřejmou.

POZNÁMKA PO DRUHÉM ČTENÍ:

Takto jsem to napsal po prvním přečtení, s tím, že teď to přečtu ještě jednou a napíšu k tomu ty poznámky. Poznámky přerostly v jakýsi metatext. To by snad nevadilo, koneckonců to nikdo nemusí číst.

Ovšem na konci celé knížky jsem pochopil, že při prvním čtení jsem nepochopil. Nebo možná nedocenil. Až po tomto druhém přečtení jsem porozuměl, proč tam není to, co mi tam chybí, proč je tam to, co mi tam přebývá, jaká je role kazuistik a proč jsou umístěny tak, jak jsou. Moje připomínky, postupně přerůstající ve výtky a posléze v polemiku, musí autorovi připadat

hloupé, ne-li nepochopitelné nebo směšné. A rozhodně nepřijatelné. Kdyby to nebylo sousloví tak zprofanované za komunismu, napsal bych, že je to tím, že máme různý světový názor.

Napsal jsem tedy závěrečný dodatečný odstavec. Přemýšlel jsem, že bych ho zařadil na toto místo nebo že bych to celé přepsal. Ale nechám to, jak to leží, a závěrečný odstavec nechám na konci. Jak už jsem zmínil, předložený text má svůj rytmus, nechť tedy můj metatext zachová rytmus ekvivalentní.

JAK JSEM TO ČETL – NESOUVISLÉ POZNÁMKY

Úvod

Že by byla medicína krásný obor, kdyby nebylo pacientů a lékařů, to je starý medicínský aforismus. Zda tyto handicapy vznikly až v renesanci – nevím, snad spíše znovuvznikly. Ve středověku, s jeho supranaturalismem a supraracionalismem, asi nebyly, ale co racionalistický starověk; zde vznikala medicína, kterou bychom dnes nazývali vědeckou, paralelně s tím, jak vznikal způsob myšlení, který bychom dnes nazvali vědeckým.

Nezdá se mi, že by tvrzení, že se o tom, že na vzniku nemocí se mohou podílet emoce, začalo uvažovat především pod vlivem německé spekulativní filosofie (uvedeni jsou Schopenhauer a Nietzsche), bylo správné, přinejmenším je příliš zjednodušující. O vlivu emocí na vznik nemocí uvažoval už Galénos a jistě ani ten nebyl první, ostatně něco se dá najít už v Sókratovi. Nejspíš autoři myslí

„novou dobu“, po přerušení vývoje medicíny ve středověku, ale přiznávám, že s vlivem německé filosofie té doby jsem se zatím nikdy v literatuře nesetkal. Nejspíš proto, že čtu jinou literaturu. Ale zase – čtou-li lékaři jinou literaturu, tak vliv Schopenhauera či Nietzscheho na ně nebyl asi tak výrazný. Ostatně lékaři měli tehdy jiné starosti, hrubě materialistické povahy. Spíš jsem nabyl pocitu, že když už, tak větší vliv na medicínu měli naturfilosofové, jako je Herder. U něj úvahy o vlivu emocí nevidím. Nebo ještě spíš francouzští pozitivisté. Dokonce Goethe, který jistě měl pro emoce pochopení a uměl je popsat a uměl je dokonce vyvolat jako málokdo, je v medicíně ultramaterialistický – věnoval se, a to velmi úspěšně, srovnávací anatomii (vždyť poznatek, že lebka obratlovců vznikla splynutím obratlů, je právě Goethův). Zda a jak

ovlivnili Schopenhauer a Nietzsche filosofující lékaře, u nás třeba Mareše, nevím. (Mám Mareše v knihovně, budu si to muset přečíst, název je nakonec dosti provokativní: Pravda nad skutečnost!, s vykřičníkem.) Za začátek vážného zájmu lékařů o vztahy emoce – nemoc se většinou pokládá kazuistika Anny O. Nevím, že by její autoři studovali německou idealistickou spekulativní filosofii, Freud byl přece neurolog, a kdyby se neproslavil psychoanalýzou, tak by se proslavil svým objevem lokálního anestetického účinku kokainu, a klasická psychoanalýza je ultradeterministická (což je jí také vyčítáno). Ostatně medicína doby Schopenhauera a Nietzscheho, pokud nemám nepořádek v časových faktorech (což možná mám), je ovládána jinými představami, konkrétně Virchowem – každá nemoc má svou příčinu, a to příčinu zcela materiální.

Tvrzení, že „medicína, vědomá si své jednostrannosti v pohledu na člověka, je připravená ji čestně řešit a otevírá své brány tzv. humanitním vědám“, je spíše přáním autora než realitou. Sám mám jisté problémy už s tím, že si toho je vědoma – myslím, že „medicína“ si toho vědoma není (snad si toho jsou vědomi někteří lékaři, je jich ovšem menšina). Ale rozhodně si nemyslím, že medicína je připravená to řešit a že otevírá své brány humanitním vědám. I když je pravda, že humanitní vědy jsou na to připraveny ještě méně než medicína.

Problém medicíny a humanitních věd (řekněme „psychologie v širokém slova smyslu“) je v tom, že odborníci si nerozumějí, mluví různými jazyky. Nerozumějí si tak dokonale, že často ani nepoznají, že si nerozumějí. Jejich myšlení se pohybuje ne po různoběžkách (to by se alespoň někde protnulo), ani po rovnoběžkách (to by mělo alespoň společnou rovinu), ale po mimoběžkách.

Psycholog na somatickém oddělení selhává téměř bez výjimky. Neví, co má lékaři nabídnout a jak to nabídnout. Lékař pak neví, co má na psychologovi požadovat. Bude ještě velmi dlouho trvat, než si oba porozumějí tak, aby mohli řešit problémy medicíny společně, alespoň tak, jako společně řeší problém porodnického krvácení porodník s anesteziologem.

Pokud se „humanitními vědami“ myslí víc než jenom „psychologie v širokém slova smyslu“, což je zde, jak vidím, takto zřejmě míněno, pak je medicína prostě jednou oblastí života, kterou humanitní vědy tak či onak, nepřímou a se značným časovým zpožděním, prostě ovlivňují, jako ovlivňují každou jinou oblast. Dodám, že – v současné době – není toto ovlivnění vždy šťastné. V této souvislosti: Trochu mě zarazilo, že filosof pokládá filosofii za humanitní „disciplínu“. Filosofii jsem až dosud chápal jako jakousi zastřešující vědu pro studium „obecného“. Tedy něco, co stojí „nad disciplínami“. Nu, jak jsem předeslal, ve filosofii nejsem než laik a v současné filosofii dokonce nepoučený laik; ale přece jen, taková degradace na „jednu z disciplín“ – něco zastřešujícího mi bude chybět.

Tvrzení, že „kde důkazy nestačí (...) musí (v medicíně) nastoupit důvěryhodný vztah mezi pacientem a lékařem“, mi připadá – nejspíš asi nepochopitelné. Tedy tam, kde „důkazy stačí“, není důvěryhodný vztah zapotřebí? Rozumím dobře? Když tedy neumím něco léčit (nemám důkazy), tak mám alespoň poskytnout důvěryhodný vztah (jakési psychologické placebo)? A když to umím léčit (mám důkazy), tak prostě léčím a důvěryhodný vztah nepotřebuji? Tak to nejspíš myšleno nebylo a jde o nějakou formulační neobratnost. Psychologická osoba trojjediného autora tento chybný výkon jistě ocení. Možná tím autor chtěl

řící: Protože nikdy důkazy nestačí, musí vždy nastoupit důvěryhodný vztah. Z dalšího textu by se to tak zdálo, o to je

Kapitola 1.

Historie medicíny v kostce má jedinou vadu, totiž tu, že tak to není. Až do roku 2000 to docela sedí, ale pro rok 2000 už ne. Bylo to převzato z homeopatické internetové stránky a je to homeopatický výklad. Současná medicína se rozhodně nevrací k tomu „sněž tenhle kořen“, ani když to budeme chápat jako novou otočku dialektické spirály.

1.1. Je to skutečně tak? Nevím, z které publikace to bylo opsáno, tak ani nemohu odhadnout, do jaké míry je to syntéza vědeckých poznatků a do jaké míry jen domněnky. Omlouvám se autorům: Poněkud mi to připomíná vědecké publikace Engelsovy. Ale bez ironie: Za model prehistorické společnosti se všeobecně pokládají !Kungové. Jejich život je docela dobře zmapován. Jak je to tedy u !Kungů?

1.2. Píše se, že čínské lékařství ve starověku náboženskému vlivu podléhalo nejméně. Nu – buddhismus

Kapitola 3

„Vsunutá kapitola“ přerušující historický vývoj lékařství, v nejzajímavějším okamžiku – protože ve vývoji vědy, a tedy i našeho lékařství je renesance zlomem. Proč?

3.1. Syndrom couvade, zde popsán v prvním odstavci, není žádná kuriozita ani dnes a ani v naší společnosti, byť s méně dramatickými obrazy. Nevím, zda by se příslušný „kontextuznalý odborník“ (není uveden jménem) přiklonil k stejnému vysvětlení příznaků. A na okraj: Nevím, kolik laiků by

ten chybný výkon neobratné formulace zajímavější.

neznám ani zbla. Ale přece jen: Je-li léčba snahou o navrácení ztracené harmonie pomocí (např.) meditací, není to vliv buddhismu? Stejně jako odpovědnost za zdraví vůči sobě i vůči společnosti? A ostatně (neznám ideové základy čínské medicíny) není celý jing a jang odraz náboženských názorů?

Není tvrzení, že „počátek příčiny všech jevů jsou (v řecké filosofii 6.–5. století př. Kr.) vysvětlovány následujícím způsobem (...)“ příliš zjednodušující? Skutečně je to jediný nebo alespoň převládající výklad? Měl jsem o řecké filosofii představu, že je mnohem diferencovanější, než se zde předkládá. Není to účelový výběr – na nej povrchnější úrovni uvažování třeba proto, aby z toho ten Hippokratés nějak vyplynul? Hippokratés je autor známé přísahy, ale nevím, zda vyvozovat z toho „orientaci na etickou stránku lékařství“ není příliš vyumělkované, podobné přísahy napsali i jiní.

napadlo to, co je zde laikům podsouváno. Myslím, že by jich bylo málo. Spíš by to napadlo skupinu „pseudoodborníků amatérů“, ale těch je pořád jenom menšina.

Na závěr Moničiny kazuistiky je napsáno, že Monika neznala „kontext“. Myslím, že to, co neznala, byl termín, nikoli kontext tohoto termínu. Nevěděla, že „áčko“ je absence v práci. Kdyby měla tuto slovníkovou znalost, nenechala by se zavést, při nejmenším by se pídila, v jakém smyslu bylo toto slovo použito.

Aby to byla ilustrace neznalosti kontextu, musela by se kazuistika upravit, třeba tak, že Monika by se z nějakého důvodu domnívala, že její partner je vzorný pracovník, nemůže tedy mít „áčko“ ve smyslu absence.

Druhá kazuistika je příležitější, ale ani tady si nejsem jist, zda jde výhradně o „kontext“. Jde o úmyslnou „ironii na druhou“, pravda se řekne tak, aby byla pochopena jako ironie či žert. Je to rafinované úmyslné zavedení posluchače. Těžko říci, že je to dobrý příklad na „neznalost kontextu“, jde o úmyslné zavedení (dokonce mě napadá, že takové úmyslné zavedení vyžaduje, aby ten druhý znal kontext dobře, jinak by taková „ironie na druhou“ nebyla možná, resp. nebyla by pochopena tak, jak má být).

Ostatně kazuistikou průšvihů z neznalosti kontextu mohu vypomoci. Je to v jedné z prvních kapitol Osudů dobrého vojáka Švejka. Ten se po atentátu na arcivévodu Ferdinanda ocitne na policejním komisařství spolu s jinými zatčenými. Jeden z nich byl zadržen poté, co na otázku, co říká té vraždě v Sarajevu, odpověděl (nečetl noviny, a tedy nevěděl, že arcivévod byl zavražděn), že když je někdo tak hloupý, že se nechá zabít, dobře mu tak (volně parafrázuji). Tamtéž je též kazuistika předstírané neznalosti kontextu. To když hostinský Palivec na otázku, co říká tomu, co se stalo v Sarajevu, odpovídá, že ve vinárně Sarajevo se perou pořád, to víte, Nusle.

3.2. Když už jsou zde sofisté a Aristotelés, domnívám se, že by si zmínku zasloužil i Sókratés. Jednak pro svůj význam pro vývoj lidského myšlení, jednak i proto, že z některých stran je uváděn jako „první psychosomatik“.

Jazyk je pochopitelně diskontinuální a velikost „mezer v mřížce“ je taková, jakou potřebuje život společenství, které jazyk používá. Tak severní jazyky diferencují mnoho různých druhů sněhu, zatímco pro nás je to prostě sníh. Ostatně už lyžařský jazyk rozlišuje několik různých sněhů, zatímco pro mne, nelyžaře, je to pořád jenom sníh. Když se objeví potřeba větší diferenciace, objeví se nový termín. Třeba hormon prolaktin. Když se objevilo, že existuje „něco, co vypadá jako dvě molekuly prolaktinu spleené k sobě“, jazyk vyvinul rychle nový termín (big prolaktin). Když Krejčí překládal Kantovu Kritiku čistého rozmyslu, tak si – nemaje ekvivalentní termín, který by rozlišil rozmysl od rozumu – slovo rozmysl vymyslel. Když Cattel provedl faktorovou analýzu osobnosti, zjistil, že jeho faktorům neodpovídají vlastnosti, tak jak je zná normální jazyk. Nové názvy pro nové vlastnosti tedy prostě vytvořil. A od té doby každý, kdo potřebuje osobnost diferencovat přesněji, než je běžný popis, a chce k tomu použít Cattellovu analýzu, může o pacientovi říci třeba, že má nízkou praxermii, a každý, kdo mu bude chtít rozumět, mu rozumět bude – nebo si to najde v manuálu.

Je pozoruhodné, jak různé jazyky mají různé mezery, které se z nějakého záhadného důvodu nevyplnily. Tak čeština nerozlišuje anglické labor a delivery – pro češtinu je obojí prostě porod. Problémy, které s tím vznikají při policejním vyšetřování a soudním jednání, jsou obrovské a ne vždy se je podaří překonat.

Do této kapitoly by patřil zcela konkrétní a přízemní lékařsko-pacientský problém, který zde není zmíněn, totiž když pacient a lékař používají tentýž termín v různém významu. Příkladem budiž „menstruace“. Pro lékaře je menstruace krvácení, které nastává při odlučování

sekrečního endometria v důsledku poklesu hladiny progesteronu při zániku žlutého tělíska. Pro ženu je menstruace každé krvácení z pohlavního ústrojí. Následky mohou být tragické: „Kdy jste měla poslední měsíčky?“ „Před týdnem.“ Až poté, co žena umírá na nerozpoznané mimoděložní těhotenství, se ukáže, že žena minula prostě krvácení, které při mimoděložním těhotenství může nastat, zatímco lékař minil „menstruaci v přesném slova smyslu“, která mimoděložní těhotenství vylučuje.

Naproti tomu si nemyslím, že „něco mezi“ musíme vysvětlovat mnohem složitěji. Kdo umí např. emoce diferencovat, najde i správné synonymum či správný popis. Neumí-li to popsat, většinou je to proto, že to neumí diferencovat (viz alexithymie). Když to neumí diferencovat nikdo, žádný nový termín nevznikne, není proč. Jsou pacienti, kteří nejen neumějí popsat, kde je bolí, ale dokonce to neumějí ukázat. Problém není v tom, že neumějí říci „vpravo dole“, ale že neumějí rozpoznat, že je to vpravo dole.

Problémy s přenášením poznatků z jedné vědní disciplíny do druhé zde zmíněny jsou, byť abstraktně. Ale to je právě ten hlavní a zásadní problém selhávání komunikace mezi našimi

oběma obory, vědou o duši a vědou o těle, ani dva odborníci s dobrou vůlí si nerozumějí. Mluví různými jazyky. A jako cizí jazyk se lze dobře naučit jen pobytem v zemi, kde se jím mluví, tak i tento jiný jazyk se lze naučit jen pobytem v jiném oboru, kde se jím mluví. V praxi je to ovšem pro drtivou většinu lékařů i psychologů nemožné, o filosofech nemluvě.

Na druhé straně si nemyslím, že „popis spojitě skutečnosti nespojitými prostředky“ je problémem při zařazování pacientů pod jednotlivé diagnostické kategorie. Snad v psychiatrii, snad u psychogenních příznaků bez somatického ekvivalentu, u somatických nemocí je spektrum onemocnění nespojitě. Ostatně se domnívám, že i v psychiatrii a u psychogenních potíží je to jen nedostatek našich znalostí, který činí dojem spojitosti. Má-li člověk vysokou teplotu a v krvi virus chřipky, tedy má chřipku. Má-li vysokou teplotu a v krvi virus průšnic, tedy má průšnice. Je kontinuum v příznaku, ale není kontinuum v diagnóze. Můžeme se bavit o faktorech, které způsobují, proč jeden stůně týden, druhý dva týdny, třetí umře, čtvrtý neonemocní, i když má virus. Zde spojitost jistě je, ale to zase není zařazování do diagnostických kategorií.

kapitoly 4 -6

S renesancí je problém. Vývoj je překotný, poznatků je příliš mnoho. Těžko lze na omezeném prostoru uvést všechno. Celý text však působí, jakoby šlo o víceméně náhodně vybrané věty vytržené z nějaké monografie dějin lékařství. Řada tvrzení je sporných a problematických. Prostě – chybí kontext (viz předchozí kapitoly).

Namátkou: Nemyslím, že lze v jedné větě uvést světový názor starověkých Helénů a středověkých křesťanů. Rozdíly jsou příliš velké. Naturalismus a racionalismus na straně oné, supranaturalismus a supraracionalismus na straně této. Nemyslím, že lze v jedné větě uvést Aristicha a Koperníka. Zevně jsou snad jejich představy podobné. Ovšem „teorie“ (přesněji: smyšlenka) Aristichova a vědecká teorie

Koperníkova jsou přece filosoficky něco zcela jiného, vycházejí ze zcela jiného poznání – a proto taky zcela jinak ovlivňují nebo dokonce ohrožují stávající oficiální světonázor.

Jsem přesvědčen, že rozvoj přírodních věd v renesanci ovlivnil vývoj lékařství neporovnatelně víc než kritický přístup k překladům Galéna. A nemyslím si, že kdyby byl Galén přeložen správně, že by to patrným způsobem ovlivnilo výsledky středověké medicíny.

Nevím, zda právě Fracastorova spekulace, ničím nepodložená, bylo to, co oslabilo víru, že nemoc je boží trest. Víra prostě byla oslabena, rozvojem vědy, rozvojem materialismu, už předtím důsledným domyšlením nominalismu, s vyústěním v Roscelinův triteismus, čímž vlastně končí scholastika, a tím i středověk, a to všechno by se stalo i bez Fracastora.

Nevím, zda skutečně odmítnutí Hippokrata začalo Harveyem. Ostatně mi důležitější než Harveyův matematický důkaz připadá Harveyův experimentální důkaz.

Nemyslím si, že by se na Descarta v dnešní době pohlíželo jako na viníka dnešních problémů v medicíně. Na druhé straně si nemyslím, že svůj systém myslel jen jako „model“.

La Mettrie žádá, aby fyziologie byla přebudována na materialistickém základě. Znamená to, že dosud nebyla budována na materialistickém základě? – o něco výše je Harveyova fyziologie krevního oběhu popsána zcela materialisticky.

Je patrně něco jiného mechanická interpretace a materialistická interpretace.

Skutečně měl Schelling takový význam pro rozvoj fyziologie?

Jakou roli vlastně sehrál vitalismus ve vývoji medicíny?

Konečně závěrečný odstavec („převládaly stále ještě metody středověké heroické terapie“) je v přímém rozporu s názvem kapitoly (a kromě toho mi není jasné, v čem byla středověká terapie „heroická“).

A snad ještě k závěrečnému odstavci. Nedomnívám se, že by v oblasti přírodních věd byly snahy po vytváření spekulativních soustav, je to ostatně v rozporu s voláním po materialistických výkladech. Spekulativní soustavy vytvářela spekulativní naturfilosofie, která se s poznatky rozvíjejících se přírodních věd dostávala, jak čas pokračoval, do stále větších rozporů, až posléze zanikla. Pro následující století to hezky zpracoval Rádl v knížce nejspíš už zapomenuté (taky ji mám v knihovně, to jen abych se pochlubil, co všechno mám v knihovně), o sto let dříve to zřejmě bylo podobné, jen pozice naturfilosofů byla silnější, mladá přírodní věda byla slabší.

A přece ještě jedna poznámka. Experiment je prostě základní nástroj vědeckého poznání. Napíše-li autor, že naráží na „nepřekročitelné hranice“, říká tím, že vědecké poznání není možné. Nemyslím, že to byl pocit např. encyklopedistů. A že by v 18. století hrály tak zásadní roli etické důvody? Spíš ještě metodologie vědy nedospěla tak daleko. Vědecký pokrok, ať chceme nebo nechceme, jde postupnými kroky.

5.1. Pokračujeme v přehledu historie medicíny letem světem, s daty náhodně vybranými a ne vždy reprezentativními a někdy spornými (pod slovem chemoterapie si běžný čtenář představí protinádorovou chemoterapii, ale ta byla

objevena mnohem později než 1930, tuším začátkem 50. let se objevil nitrogen mustard, vyvinutý z yperitu). Centrální postavení a centrální význam Virchowa se v tom trochu ztrácí. A ztrácí se v tom to, jak Virchow tímto svým postojem ovlivnil další vývoj medicíny.

V závěru se píše, že si tato medicína vysloužila přívlastek bio-. Nevím. S termínem biomedicína jsem se setkal poprvé v Evropské deklaraci o lidských právech a biomedicině. A tam to má význam jiný.

Právě z pohledu tématu celé knížky je ovšem tento odstavec sporný z jiných důvodů. Právě v tomto století se rozvíjela nejen „biomedicína“, ale vznikla a svého vrcholu dosáhla „psychomedicína“. To je doba psychosomatické medicíny vycházející z psychoanalýzy, to je doba kortikoviscerální teorie vycházející z Pavlova, to je doba Selyeho, to je doba psychosomatických extrémů. To je doba vzniku a rozvoje psychoterapie a psychofarmakoterapie. Pojmout vývoj medicíny právě ve 20. století pouze jako vývoj medicíny biologické, to je hrubé a nepřijatelné zkreslení, zvláště v práci, která si klade za cíl komplexní přístup. Právě v této době psychosomatický přístup vznikl, právě zde se nejvíce rozvíjel, právě zde vytvořil nejucelenější systémy, právě zde se dopustil největších výstřelků, právě zde se objevily směry, které hypertroficky zdůrazňovaly vliv psychosociálních faktorů na zdraví a nemoc proti faktorům somatickým (Mitscherlichova antropologická medicína, třeba), právě zde se začala věnovat pozornost chování nemocného, sekundárnímu zisku apod. A nešlo jen o teorie, tyto přístupy měly výrazný dopad na terapeutickou praxi a některé z nich (např. porodnická psychoprofylaxe, na Západě známá jako Lamazova metoda) byly všeobecně akceptovány a celosvětově rozšířeny. Na konci století

pak přichází pokus o novou syntézu, biopsychosociální koncepce Lipowského.

5.2. Kazuistika dětského diabetu je uvedena větou: „Tam, kde medicína zatím neví, proti čemu bojuje, umí aspoň tu hrobníkovu lopatu oddálit o desetiletí, a pacientovi umožnit plnohodnotný život s velmi malými omezeními.“ Nechme stranou, zda inzulinoterapie je „velmi malé omezení“ (mnozí diabetici by s tím nesouhlasili). Ten případ nesedí z jiného důvodu. Zde medicína velmi dobře ví, proti čemu bojuje. Snažím se v paměti vypátrat nějaký případ, který by se dal na úvodní větu nasadit. Nic mě nenapadá. Nezbyvá mi než závěr, že tam, kde medicína neví, proti čemu bojuje, přinejmenším ve většině případů neumí ani oddálit hrobníkovu lopatu, ani umožnit plnohodnotný život. Leckdy to neumí ani tam, kde ví, proti čemu bojuje. Vlastně mě teď jeden případ napadl a je zvláštní, že nenapadl autora: idiopatická sterilita. Medicína neví, proti čemu bojuje, ale pomocí IVF to „něco“ dokáže obejít a pacientovi i tak pomoci.

Úvaha na s. 27 není správná, subtilně je v ní zmaten medicínský výzkum a medicínská praxe. „Požadavek spolehlivosti a objektivity znamená snahu o vyhnutí se všemu nejistému a subjektivnímu. Pokud je tedy nemoc definovaná či prokazatelná nálezem vykazujícím odchylku od (fyzikálně nebo chemicky určené) normy, pak bývá člověk, u něhož se takzvaně nic nenašlo, ve velmi špatné situaci.“

Požadavek spolehlivosti a objektivity je požadavek medicínského výzkumu – a správný, bez něj by výzkum nebyl možný, výzkum hledá spolehlivé a objektivní zákonitosti. Medicínská praxe si je velmi dobře vědoma subjektivity a nespolehlivosti jakéhokoli příznaku, jakéhokoli fyzikálního či chemického výsledku, jakékoli interpretace.

Pokud se u pacienta „nic nenajde“, tak to může být nedostatečnost lékařské vědy – proč ne, takové situace jsou, lékařská věda se vyvíjí postupně, v minulosti to bylo jistě častější. Nebo to může být nedostatečnost lékaře. Uvedená kazuistika je zářný příklad tohoto případu. Zde není pravda, že se „nic nenašlo“. Našlo se, ovšem pozdě. Můžeme si klást otázku, proč se to našlo pozdě, ale zde je podstatné, že „se našlo“.

Hledat „to“ je problematika diferenciální diagnostiky. Jsou-li potíže nesrozumitelné, nenacházíme-li pro ně somatickou (fyzikálně či chemicky) definovanou diagnózu, je jistě na místě uvažovat i o diagnózách psychosociálních, či, chcete-li, psychosomatických nebo biopsychosociálních (ortodoxní psychosomatik by řekl, že o nich máme uvažovat už v první linii diferenciální diagnostiky). A zde se vracím k problému komunikace mezi somatiky a psychology. Psychogenní potíže jistě existují, ale i tato onemocnění je třeba popsat tak, aby byla možná pozitivní diagnostika, nikoli diagnostika per exclusionem. Zde per exclusionem byl učiněn závěr, že jde o problém psychogenní. Naštěstí byla pacientka poslána psychiatrovi a ne psychologovi a psychiatr si uvědomil, že takto pacientka s psychogenní stomatodynii nevypadá a vrátil všechno zpátky. V gynekologii máme psychogenní pánevní bolesti. Jsem přesvědčen, že je nutno se snažit definovat a nacházet pozitivní diagnostická kritéria. Tak třeba přítomnost leer šoku v Rorschachově testu je odchylka od normy, která je vzácná, ale u pacientek s psychogenní pelipatií je častá. Můžeme pátrat o sekundárním zisku a můžeme pátrat, zda nenasedl na somatickou pánevní bolest (tzv. psychosomatická rezidua po gynekologickém zánětu) atd. Jenomže

lékaři nevědí, že to je to, co mají od psychologů požadovat – a psychologové naprosto nedohlédají význam takové cílené psychodiagnostiky. Snad mají pocit, že je to degraduje na práci biochemického laboranta. Pocit je to možná i oprávněný, ale ve stejné pozici je třeba rentgenolog – bez práce dobrého biochemického laboranta a dobrého rentgenologa se medicína neobejde.

Není vůbec pravda, že „pocity nemocných, jako například bolest, strach, neklid, pocit chladu nebo tepla, ztrácí v přírodovědně orientované medicíně, zaměřené na hledání spolehlivých objektivních důkazů, svůj význam“. První věta v první hodině interní propedeutiky, kterou medicí slyší, je „dobrá anamnéza je půl diagnózy“. Pocity nemocných jsou přece to, co nemocného přivádí k lékaři (jedinou výjimkou, a ještě spornou, je preventivní prohlídka). Pacient vždy přichází s nějakým pocitem, nepřichází s laboratorním nálezem nebo s rentgenovým snímkem (už důvodem k provedení laboratorního vyšetření nebo rentgenového snímku byl nějaký pacientův pocit). Byla kdysi doba (autor kapitoly o dějinách lékařství by ji uměl zařadit lépe než já), kdy se léčil „pocit“. Někdy se tak – z nouze – postupuje i dnes (nejen z nouze, speciálně lékaři sami sebe takto často léčí). Ale medicína dávno ví, že léčit „pocit“ je řešení nouzové, které, má-li vůbec úspěch, tak jen dočasný. Má-li být medicína úspěšná, musí nalézt příčinu tohoto pocitu, to jest stanovit diagnózu. Příčina se hledá tím snáze, čím lépe dokáže pacient pocit popsat. Je-li schopen říci pouze „cítím se blbě“, hledá se příčina blbě. Je-li schopen říci „bolí mě v podbříšku vpravo, trvá to tři hodiny, bolest je stálá a postupně se zhoršuje“ nebo, z jiné oblasti, „pociťuji úzkost, a to vždycky den před tím, než k nám má

přijet na návštěvu tchyně, jindy ji nepocítuji, pocítuji úzkost, nikoli depresi“, stanoví se diagnóza daleko snáze. Hledá-li lékař příčinu (tedy stanovuje-li diagnózu), musí v první řadě vyloučit záležitosti, které bezprostředně ohrožují život. Pak musí vyloučit záležitosti, které ohrožují život, ale nejsou akutní (třeba nádor). Až pak pátrá po ostatních příčinách. Jinak by postupoval nesprávně, vystavil by se vysokému riziku trestního stíhání pro ublížení na zdraví z nedbalosti, a ostatně si myslím, že by postupoval nejen v rozporu s vědou, ale i v rozporu s etikou. Když pak vyloučí nemoci (co pacient popisuje, je příznak, nikoli nemoc), které ohrožují život, může a má pátrat dál, rozšiřovat spektrum vyšetřovacích metod, včetně metod psychodiagnostických. Zde ovšem bohužel většinou zapláče, protože psycholog neví, co se od něj chce, a informace, které od něj lékař zpětně dostane („lehké neurotické tendence“), jsou k ničemu.

Fakticky je problém v tom, že pacienti poskytují informace o svých pocitech neúplně a zkresleně. Přijde pacientka s výtokem a řekne: „Ta léčba, co jste mi dal, mi vůbec nepomohla.“ Když se lékař vyptá, tak zjistí, že předtím byl výtok hustý, bílý, svědivý, po léčbě na dva týdny přestal, pak se objevil výtok řídký, žlutý, nesvědivý, zato páchnoucí. Problém na straně lékaře je v tom, že se nevyptá. Viz výše uvedený příklad s menstruací. Kdyby se lékař vyptal, jak ta „menstruace“ přesně vypadala, nejspíš by poznal, že nešlo o skutečnou menstruaci, ale o jiné krvácení z pohlavního ústrojí, a pacientka by nezemřela.

To všechno je pravda, to všechno je problém, který ústí v nespokojenost a frustraci na obou stranách. Ale není to problém „lékařství“, je to problém

(konkrétního) „lékaře“. Je to problém faktorů osobnostních, ekonomických, časových, je to problém způsobu studia medicíny, postgraduálního vzdělávání. Je to problém podstatný, ale není to problém současné medicíny jako oboru, ani „bio-medicíny“, chcete-li.

(Poznámka a margo: České zdravotnictví má výsledky skvělé – tedy myslím zdravotnictví na pokladnu. Z mého oboru: Perinatální úmrtnost se prý považuje za nejlepší ukazatel úrovně zdravotnictví, je-li vzat jediný ukazatel. ČR patří svými výsledky mezi absolutní světovou špičku. Perinatální úmrtnost negativně koreluje s výší hrubého národního produktu. ČR je jedinou výraznou výjimkou. Lze říci, že české zdravotnictví žije nad poměry, ale výsledky tomu odpovídají. Nepoměr mezi kvalitou a financemi ovšem vnáší do systému obrovské pnutí – všichni jsou nasráni. Stačí, aby zemřelo dvakrát tolik novorozenců, pořád to ještě bude výsledek přijatelný – a bude po problémech s financováním zdravotnictví a s chováním zdravotníků vůči pacientům. Nebo taky ne. Lékaři budou nasraní tentokrát proto, že nemohou dělat tak kvalitní medicínu, na jakou si zvykli.)

6.2. V celém textu úplně vypadla třetí velká psychosomatická koncepce – kortikoviscerální medicína. To je nepřípustné. Nemůžeme kortikoviscerální medicínu pominout prostě proto, že se nám nelíbí ideologie, která se na ni (v podstatě náhodně) napojila a fakticky ji znásilnila, nebo proto, že začátkem 50. let byla, navíc ve své extrémní a zvlgarizované podobě, násilně vnucována české medicíně. Kortikoviscerální medicína byla ve své době akceptována i Západem. Když byl v polovině 50. let první světový kongres gynekologicko-porodnické psychosomatiky,

v několikasetstránkovém sborníku je jedna (!) práce, která má jiná teoretická východiska. Když si vezmeme do ruky americké gynekologické časopisy z té doby, je tam kortikoviscerální medicíny víc než psychosomatiky vycházející z psychoanalýzy. Kortikoviscerální medicínu nelze opomenout, i kdyby už byla zapomenuta. Což ovšem není. Vloni, tuším, vyšel v Psychosomu překlad gynekologické kapitoly z jakési současné západní učebnice psychosomatiky. To je nervismus v té nejtvrďší a nejvulgárnější podobě, za to by se nemusela stydět ani třeba taková Garmaševa. Ostatně před kortikoviscerální medicínou neutečeme – když už nic jiného, tak podmiňování hraje roli jistě u alespoň některých psychogenních somatických problémů.

Z kapitoly o psychoanalýze vypadl hlavní přínos psychoanalýzy, který akceptují i její odpůrci. I když všechny psychoanalytické modely osobnosti, psychoanalýzu jako terapii atd. odmítneme, pořád zbývá, že psychoanalýza objevila, že existují nevědomé psychické děje, které ovlivňují myšlení, chování, nemoc. Odborníkovi je to jasné, ale laik to neví nebo si to neuvědomuje.

Spontánní potrat těhotné jako nepřiznaný odpor k těhotenství je velmi nešťastný příklad, toto zřejmě neexistuje. Když už, tak lepší příklad je emesis gravidarum, tam to je možná pravda, i když spíš asi jde nikoli o „nepřiznaný odpor“, ale o nepřiznaný „ambivalentní postoj“ – k psychosomatickému příznaku je zapotřebí konflikt, je-li jednoznačný odpor, příznak spíš nevznikne (u těhotenské hyperemezy mohu tento výklad opřít o autoritu Chertokovu). A nikoli „nepřiznaný“, ale „nevědomý“.

Míní-li se teorií specifických osobnostních profilů např. osobnostní

typ A a B a riziko infarktu myokardu, tedy by si to zasloužilo podrobnější výklad – ve vývoji psychosomatické medicíny to je významná kapitola.

V pojetí Selyeho je stres „farmakologie špíny“. Popsaná tři stadia platí pro chronický stres, ale on existuje i stres akutní (a jednorázový) a stres periodicky opakovaný.

Mám pocit, že sem by se hodilo, že organismus reaguje na ohrožení (což je nepochybně stres) buď útokem, nebo útekem, nebo – nemůže-li ani útočit, ani utíkat – syndromem beznaděje-bezmoci. Sem by se patrně taky hodila zmínka o fyziologických změnách při stresové reakci, které u moderního člověka, jenž nemůže volit žádnou z uvedených reakcí, jdou „do prázdna“ a mohou způsobit zprvu přechodné, později fixované patologické (i organické) změny.

6.3 Alexitymii lze jako „koncept“ označit těžko, zvláště v konfrontaci s koncepty v předchozí kapitole. Koncept je třeba antropologická medicína nebo bio-psycho-sociální koncepce Lipowského (a dál už to nevím, i Lipowski je vlastně moderní jenom při velkorysém pojetí). Alexitymie je specialita. Nepamatuji si, z čeho vycházeli Nemiah a Sifneos, ale pamatuji si, že už v počátcích alexitymie se vědělo (a snad to věděli oba výše uvedení), že nejvýraznější alexitymie je u jedinců s agenezí corpus callosum. Je to už 30 let, co jsem alexitymii zmínil v jedné publikaci (mám dokonce dojem, že v ČR jako první), ale nemohu se ubránit dojmu, že z dynamických teorií autoři nevyšli. Kromě toho autoři to popsali jako neschopnost rozpoznávat a sdělovat emoce – nikoli ovlivňovat emoce (viz ostatně překlad řeckého termínu). Asi se to pojetí za těch 30 let změnilo a rozšířilo. Ale jistě není pravda, že jediným signálem psychické rozlady je

bolest, signálem psychické rozlady je somatický příznak, jímž může, ale nemusí být bolest. Vezměte si kazuistiky Münchhausenova syndromu, což není nic jiného, než extrémní alexitymie. Spektrum příznaků je mnohem pestřejší než jenom bolest. A to nechávám stranou syndrom Münchhausen by proxy, kde není u postiženého nejen žádná bolest, ale dokonce ani žádný somatický symptom.

Ani syndrom beznaděje-bezmoci není koncepce. To přece patří do stresu. To je třetí možná reakce na ohrožení, když není možný ani útok, ani útěk. Osoba nemá pocity zde vyjmenované, ona je v takové situaci. Je v situaci ohrožení a nemůže ji řešit ani útokem, ani útekem. Ostatní pocity jsou sekundární následek.

Teorie životních událostí – ta přece zase patří do stresu, je to tu ostatně napsáno. To není „koncept“, ale jen dílčí konkretizace stresové teorie psychosomatických problémů. Jinak gynekolog nemůže minout, že jsou zde zmateny interrupce a spontánní potrat – jejich psychologické následky se dramaticky liší, nelze to dát do jedné věty.

Teorie rodiny je zase koncepce dílčí. Snad by stálo za to, na úvod kapitoly o moderních „konceptech“ předeslat, že nemají ambici stát se komplexní, všezahrnující teorií, že jsou zaměřeny na dílčí modely, nesnaží se postihnout celé spektrum psychosomatických a psychogenních problémů.

„Psychoneuroimunologie (někdy se doplňuje i vsuvka endokrino)“ je velmi odbyta. Jde vlastně o dvě věci, psychoneuroendokrinologii a psychoneuroimunologii – z nichž ona je daleko rozvinutější než tato. Vůbec to není „nejmodernější podoba teorie stresu“. Je to věc, která vlastně nezapadá

do klasického psychosomatického uvažování, ale je to věc zcela zásadní, bez které se skutečná psychosomatika budoucnosti neobejde. Jde o to, že psychický či psychosociální vliv nemůže somatický příznak, či dokonce organickou změnu způsobit „jen tak“ (to bychom se vrátili k Descartovi, ten má taky problém s propojením duše a těla – proto potřebuje boha). Musí existovat nějaký převodní systém. A ten může být buď endokrinní, nebo imunitní, nebo vegetativní. Psychoneuroendokrinologie a psychoneuroimunologie přímo studují tyto převodní mechanismy. Je to věda v počátcích, ale jestli něco psychosomatiku (v užším slova smyslu, nemyslím tím „chovat se slušně k nemocným“) posune, je to právě toto. Tak třeba existuje separační amenorea. Zdá se, že má specifický hormonální obraz (vyšší hladina FSH, nikoli však LH). Nevíme ani, jakým způsobem k tomu dojde na úrovni hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy, natož abychom věděli, jak se do toho zapojují hypotalamické neurotransmitery. Zato víme, že v mnoha případech tzv. hypotalamické (tj. velmi často psychogenní) amenorey hraje roli endorfinerní systém – naloxon stav upraví. Víme, že prekurzorem beta-endorfinu je proopiomelanokortin vznikající z preproopiomelanokortinu. Proopiomelanokortin je ovšem i prekurzorem MSH a ACTH. Kromě toho stres zvyšuje produkci kortikoliberinu. A teď: jaký stres za jaké situace zvyšuje tvorbu proopiomelanokortinu, jaký stres za jaké situace způsobuje jeho štěpení tak či onak, jaký stres za jaké situace zvyšuje tvorbu kortikoliberinu. Až budeme vědět i to, tak pochopíme, proč stres způsobuje psychogenní amenoreu. A proč je to jednou tzv. hypotalamická amenorea, která má sníženou hladinu prolaktinu, a jindy je to naopak hyperprolaktinická amenorea. A snad

pochopíme, proč někdo stresovou amenoreu má, jiný nemá. Při těžkém akutním emočním traumatu v proliferační fázi cyklu může nastat amenorea, která je paraendokrinní – endometrium nereaguje na ovariální steroidy. Proč? Jaký to má mechanismus? Netušíme. U žen odsouzených k trestu smrti nastává amenorea, ale bezprostředně před popravou metrorrhagie z atrofického endometria (to vyzkoumal jeden německý lékař ve 30. letech minulého století). Jaký to má psychoneuroendokrinní mechanismus? Pokud nepochopíme mechanismy, tak jsme odkázáni na pouhé spekulace, v lepším případě korelace. V této souvislosti znovu zmiňuji psychogenní hyperprolaktinemii. U cca poloviny hyperprolaktinemických žen je přítomna zvláštní rodinná konstelace v dětství – chybějící otec (buď fakticky, nebo psychologicky, např. alkoholik). Hyperprolaktinemie pak je spuštěna nějakou životní událostí ve smyslu ztráty, ať už reálné nebo symbolické. Analytici to vysvětlují regresí do orální fáze vývoje, která poslední proběhla v dysfunkční rodině normálně. Budiž. Ale jaký je ten převodní mechanismus? Psychogenní hyperprolaktinemie je fascinující – jasně definovaný klinický obraz, jasně definovaný hormonální obraz, jasně definovaný psychologický obraz.

6.5. „Výzkumy v této oblasti (...) pokud jsou vůbec proveditelné.“ Nuže – není-li výzkum proveditelný, tak je to alternativní medicína, a to sem nepatří.

Je zde definice onemocnění jako „odchylky od normy v dimenzích tělesného stavu a prožívání, duševního stavu a prožívání a mezilidského chování“. Ale to není definice „onemocnění“, je-li to od někoho opsáno, tak je to opsáno špatně.

Odchylka nemusí být nemoc. Sám mám odchylku zvanou benigní familiární hyperbilirubinemie – a nepokládám ji za nemoc, i když se to tak dokonce jmenuje (Gilbertova nemoc). Odchylka může být také v kladném smyslu – třeba inteligenci nad normu (nad dvě sigma nebo nad 95. percentil) těžko budeme pokládat za „nemoc“. Nemoc je nepřítomnost zdraví, zdraví pak definuje WHO jako stav tělesné, psychické a sociální pohody. Je to velmi široká definice, na můj vkus příliš široká, ale pořád užší než „odchylka od normy“. Škoda, že když už se to zaběhlo, je diskuse o problematice „normy“ odsunuta na neurčito.

Že psychosomatický výzkum není možný, je výmluva. Psychosomatický výzkum je velmi dobře možný. Je samozřejmě obtížný, je pracný atd. – ale který kvalitní výzkum (mluvím o skutečném výzkumu, ne o pracích, jejichž smyslem je publikace) není obtížný a pracný. Sám jsem se několik let psychosomatickým výzkumem zabýval, troufám si říci, že vím, o čem mluvím. Psychosomatický výzkum je dobře možný. Ale je to arci spousta práce, „špinavé práce“, řekl bych, a s nejistým výsledkem. Psychosomatici jsou lidé velkých idejí, velkých koncepcí, velkého rozletu – a naprosto neochotní k této „špinavé práci“ – raději vymýšlejí koncepcce, spekulace, terapie atd. A když už se najde někdo, kdo má pro psychosomatické problémy pochopení a je k výzkumné práci ochoten, tak rychle zjistí, že v čistě somatických tématech dosáhne na grant a publikaci v impaktovaném časopise snáze, rychleji a spolehlivěji. Psychosomatický výzkum víceméně není – protože nejsou psychosomatictí výzkumníci.

Jasně definovat proměnné, definovat vágní a rozmazané pojmy atd. musela i fyzika. A když byla na té úrovni a v tom

stadiu vývoje, v jakém je psychosomatika dnes, měla to stejně těžké. Pokusem o definici pojmů můžeme začít – tato práce k tomu bohužel nepřispívá, spíš to dál rozmazává a zatemňuje.

Jistěže každá nemoc mění psychický stav i sociální prostředí jedince, ale s tím se musí výzkumník vypořádat vhodně postaveným projektem. Jde to, ne že ne. Přijmeme-li, že to nejde, tak jsme v neopozitivismu. Nelze poznat buňku, protože chceme-li ji zkoumat, musíme ji zabít, říká, tuším, Niels Bohr. Vlastně hůř. Nejde-li to, jsme vůbec mimo vědecké poznání, jsme u intuice, tradice, tzv. zkušenosti, víry, zjevení atd. A to není a nemůže být medicína, tedy chce-li zůstat medicínou, přinejmenším v dnešním slova smyslu.

Další odstavec je nesmyslný. Výzkum se přece nedělá tak, že hledám babičky, které števe doktor Blažej, a srovnávám je s babičkami, které doktor Blažej nešteve (chybí ještě skupina babiček, které nevědí, kdo je to doktor Blažej). Výzkum se dělá, proboha, jinak. Musím mít hypotézu – kterou vytvořím třeba tak, že se snažím vysvětlit rozpory v dosavadních znalostech, nebo tak, že mi „zkušenost“ říká, že by něco mohlo být nějak atd. Pak musím, na tuto hypotézu (podtrhuji) vytvořit projekt, který tuto hypotézu má ověřit. Výběr souboru, kontrola intervenujících proměnných, definice závislých a nezávislých proměnných apod. je rutinní součástí každého projektu. Pak dostanu nějaký výsledek a statisticky testuji nulovou hypotézu. Dostanu pravděpodobnost, s jakou vztah, který jsem chtěl prokázat, reálně platí (ve skutečnosti dostanu pravděpodobnost, s jakou vztah reálně neplatí, ale to je jenom druhá strana téhož). Protože vždy dostanu jen pravděpodobnost, nezbývá, než abych to sám na jiném projektu (nebo někdo jiný na jiné populaci a mém

projektu) ověřil znovu. Zase dostanu pravděpodobnost. Vyjde-li to stejně a je-li v obou případech pravděpodobnost vysoká, tak mohu říci, že jsem hypotézu potvrdil. Pokud je to oblast, jež se dá aplikovat na babičku, kterou števe Blažej, tak to mohu zkusit aplikovat. Ale nemohu vyjít od babičky a lovit v kalných vodách. Tak se výzkum skutečně dělat nedá.

Další kazuistika je nepřipadná. Jediné, co ukazuje, je praktický problém s diagnózou čistě somatických nemocí u pacientů s psychogenními příznaky. To je skutečně problém, taky jsem si kdysi naběhl (s mimoděložním těhotenstvím u ženy s pelipatií a poruchami cyklu). Ale to není „generalizace na jiná životní období“, je to prostě problém dvou nemocí, které mají stejný příznak, jedna je chronická (a život neohrožuje), druhá je akutní (a život ohrožuje), a následné chyby v diferenciální diagnostice, která je v tomto případě mimořádně obtížná.

Má-li autor pravdu, že „je bezpodmínečně nutné trvat na tom, že v psychosomatice se pohybujeme na úrovni neověřených (a dost možná i neověřitelných) hypotéz a spekulací a důsledně se podle toho chovat“, pak – prosím – jděme od toho a já nevím, proč to autor napsal a proč já se s tím čtu a proč to píšu. Pak psychosomatika nepatří do (vědecké) medicíny, pak je to něco na úrovni zařikávání nebo homeopatie, a nemáme se o čem bavit. Pak se tedy shodneme, že zdravotník se má chovat slušně k pacientům, a psychosomatiku nechme být. Podotýkám, že lékař se podle stále platného zákona nesmí pohybovat v neověřených hypotézách a spekulacích, nýbrž musí postupovat výhradně podle „současných dostupných poznatků lékařské vědy“ (par. 11, zák. č. 20/1966 Sb., v platném znění).

Ale já s tím nesouhlasím. Já jsem přesvědčen, že psychosomatika musí své hypotézy a spekulace ověřovat a je možné je ověřovat. Jinak nepatří do medicíny, není to nic než plkání a škoda s ní ztrácet čas. Což by mě mrzelo, protože sám jsem s ní ztratil mnoho let.

Je pochopitelně pravda, že vědecký výzkum v medicíně postupuje krok za krokem. Že v lékařské praxi musíme řešit situace, kde (dosud) nemáme dostatečné vědecké poznatky, kde třeba nemáme žádné vědecké poznatky, že i zde se musíme snažit nějak pacientovi pomoci – to je nevzácný problém i v medicíně zcela somatické. Ale to musí být vnímáno jako stav dočasný a nežádoucí – ne jako stav základní a nezměnitelný. S tím bychom se nedostali nikam.

6.6. Je jen částečná pravda, že „diagnostika i terapie v psychosomatice se děje prostřednictvím jazyka“. Existuje řada nonverbálních psychodiagnostických testů, právě v psychosomatice velmi cenných. Tak Rorschach tedy nějaká slova vyžaduje, budiž. Lüscher slova nevyžaduje, podobně třeba Baum-test nebo kresba začarované rodiny (viděl jsem nikdy nepublikovaný soubor kreseb začarované rodiny u žen po porodu – prostě nádhera). Existuje řada nonverbálních psychoterapeutických postupů. Počínaje cennými relaxačními technikami, přes muzikoterapii, arteterapii, pantomimické psychodrama a co já vím, co ještě. Autor je fascinován filosofickými problémy jazyka, je to téma nepochybně důležité, zajímavé atd., ale měl by si být vědom, že jsou i jiné věci, třeba laboratorní biochemické vyšetření, třeba rentgen, třeba barvový test. A to jsem ještě nechal stranou, že v mnoha psychoterapeutických technikách hraje roli i nonverbální komunikace a koneckonců každý rozhovor lékaře

s pacientem, už třeba odebírání anamnézy, má kromě složky verbální i složku nonverbální. Pacientku, která má problémy s výraznou psychogenní složkou, leckdy poznám už od dveří, skoro ani nemusí promluvit. Ale vlastně jsem se nechal strhnout autorem. Vždyť přece diagnostika a terapie v psychosomatice musí být taky psychosomatická, tedy např. i biochemická, rentgenologická atd., což jde zcela mimo jazyk, leda bychom ho chápali v tom nejširším myslitelném slova smyslu (každý znak je jazyk, laboratorní výsledek „Hb 120“ je tedy taky jazyk). A – jak to tak po sobě čtu – stále jsem zůstal stržen. Vždyť je přece nesmysl, že terapie se děje jenom prostřednictvím jazyka. Máme přece přinejmenším farmakoterapii, a ta má v terapii psychosomatických nemocí významné místo, počínaje prostě analgetiky, přes antidepresiva, trankvilizéry, ale třeba i hormony (psychogenní anovulaci vyléčím rozhodně lépe a snáze antiestrogeny než psychoterapií) atd. Je-li v pozadí psychogenního příznaku larvovaná endogenní deprese, tak to dokonce ani nemohu léčit psychoterapií (tedy prostřednictvím jazyka), ale musím zvolit antidepresiva. A na farmakoterapii to pochopitelně omezeno není. Na jiném místě mám vlastní kazuistiku, kde jsem psychosomatické onemocnění vyléčil hysterektomií.

Moderní medicíně se zde podsouvá to, co není, nebo při nejmenším co není tak absolutně pojato, jak se to zde předkládá. Dialog se do medicíny nevrací a už vůbec ne zadními vrátky – jak výše napsáno, anamnéza je základ diagnózy, terapie vyplývá z diagnózy. Medicína se nikdy jazyku a komunikaci nevyhýbala (v lepším případě vědoma si limitací), ani se nemohla vyhnout. Jenomže musíme rozlišovat. Má-li pacient infarkt, je třeba mu zachránit

život, a to hned (nehledě k tomu, že schopnost pacienta komunikovat je snižená, leckdy na nulu). Rodičky se mě někdy ptají, zda mají rodit v malé porodnici, kde je to domácí a všichni si s nimi povídají, nebo ve velkovýrobně na děti na některé velké klinice. Říkám jim: „V malé porodnici je to nepochybně příjemnější, ovšem když se nic nestane. Když stane průšvih, a v porodnictví nikdy nevíte, kdy se stane, tak tam vám nepomohou. Na velké klinice jste řadové číslo, ano, souhlasím. Ale když se něco stane, tak zachrání život vašemu dítěti, tam zachrání život vám. Já bych volil velkou kliniku.“

Jedna osoba autora se věnuje léčbě neplodnosti. Před již mnoha lety jsem se znamenitě pohádal se svým přítelem a snad nejznámějším a asi i nejvýznamnějším českým psychosomatikem dr. Chválou. Šlo právě o sterilitu. Já: „Když přijde žena s anovulační sterilitou, která je dokonce i velmi pravděpodobně psychogenní, je nesmysl posílat ji na dvouletou psychoterapii s nejistým výsledkem, když jí mohu dát klomifen, po kterém otěhotní mnohem spolehlivěji, mnohem rychleji, mnohem levněji. Já dokonce ani nemám žádné právo babrat se jí v psychice, když to ona nechce. Ona nechce, abych řešil její problémy, ona chce otěhotnět.“ On: „Ony jsou nezralé osobnosti, ony po klomifenu sice otěhotní, ale tím ty problémy nezmizí, tím se dokonce stupňují, pak se to projeví v těhotenství, po porodu, v partnerském vztahu. Já jí nejdřív poskytnu psychoterapii.“ Po více letech jsme se znovu setkali a dostali se ke stejné otázce. On: „Měl jsi pravdu, já bych tomu nevěřil, ale ony často v tom těhotenství dozrají.“ A to jenom hloupá neplodnost (gynekologická osoba autora promine), kde vlastně o nic moc nejde. To není nádor nebo infarkt.

K dalšímu odstavci. Jo, jistě. Ale přece: Psychoterapie je terapie. Je to jedna z forem terapie, jako je farmakoterapie, aktinoterapie, operační terapie, rehabilitační terapie atd. ad libitum. Předně na ni musí být kladeny stejné požadavky jako na každou jinou terapii, každá konkrétní metoda musí mít své indikace, své podmínky, své kontraindikace – což tedy bohužel skutečně v praxi tak není, v praxi si většinou každý psychoterapeut dělá, co zrovna umí, v horším případě co si zrovna vymyslel. Výsledky každé terapie musí být ověřovány stejně, jako jsou ověřovány výsledky jiné terapie. A není tak zcela pravda, že psychické problémy, neřku-li psychogenní somatické problémy (nebo – abych to nedělal, autoři si to nepřejí, mají pravdu, ale používám to pro zjednodušení – tedy protentokrát: somatické problémy s významnou psychogenní složkou) se nutně musí léčit psychoterapií, mohou se úspěšně léčit zcela somatickou terapií – a naopak, jsou somatické nemoci, čistě somatické, kde psychoterapie má význam zásadní (napadá mě Bechtěrevova nemoc, ale revmatologii nerozumím vůbec, to jen, že jsem právě teď řešil jednu takovou pacientku, ale co třeba behaviorální terapie urgentní inkontinence).

Dovolíte-li mou kazuistiku, krátkou. Byla pacientka, která „strašně silně krvácela při menstruaci“. Přišla v noci do nemocnice, udělali jí kyretáž. Za měsíc znovu, znovu kyretáž. Za další měsíc ji už jenom hospitalizovali. Za další měsíc ji hospitalizovat odmítli, proseděla celou na chodbě před ambulancí. Poslali ji do psychosomatické laboratoře. Starali jsme se o ni společně s Marií Pečenou – tedy terapeuticky Marie, protože ta menstruace byla úplně normální (i tak by se to dalo řešit hormonálně, ale ona hormony odmítla). Telefon: „Strašně

krvácím.“ Já: „Tak přijďte.“ Ona: „Nemohu přijet, protože tak strašně krvácím, že nemohu přijet.“ Já: „Jestli krvácíte tak strašně, tak prostě musíte přijet.“ Přijela. Posadil jsem ji do čekárny s novou vložkou – po hodině kontrola, nekrvácela skoro vůbec. Psychogenní mechanismus Marie neodkryla (já taky ne, ale já jsem jenom gynekolog), psychoterapie byla neúspěšná. Hormonální blokádu cyklu odmítla, bojí se prášků. Tak jsem jí navrhl hysterektomii – na úplně normální a zdravou dělohu. Dalo mi jistou práci přesvědčit prof. Presla, aby to odindikoval. Po hysterektomii – jiný člověk. Šťastná, spokojená, ještě asi dvakrát nás navštívila, aby nám řekla, jak se cítí skvěle, pak nám ještě poslala s nějakým problémem dceru. Takže jsem čistě psychogenní problém vyřešil tím nejrazantnějším somatickým postupem – totiž operací.

Vracím se na počátek – lékař přece musí zvážit, zda operace, nebo farmaka, nebo záření, nebo psychoterapie. Ale k zvážení musí mít podklady. Radioterapeut mu je dá, psychoterapeut mu je většinou nedá. Jako by byl něco lepšího – tak se ostatně psychoterapeuti cítí, čím jsou dynamičtější, tím víc se tak cítí, nejlepší jsou analytici (přitom třeba výcvik chirurga trvá déle než výcvik analytika). Ale psychoterapie musí vždy znovu u každého pacienta vstupovat do soutěže s jinými terapiemi – alespoň třeba s psychofarmakoterapií.

Píše se, že „psychosociální problémy se často dají řešit jen velmi těžko a je zde i riziko, že se řešení obrátí proti tomu, kdo se to snaží řešit, tedy že situace bude ještě horší.“ Ano, skvělé. Teď jen ještě podle toho postupovat. Psychosociální problémy řešit tam, kde je to třeba, a ne tam, kde to není nutné, kde o to nikdo nestojí (to bychom tu sterilitu nemohli léčit skoro vůbec, tam jsou

psychosociální problémy vždycky – viz můj výše citovaný dialog s Chválou). Když už se řeší, tak každá metoda terapie, i každá metoda psychoterapie (třeba systematická desenzitizace nebo třeba skupinová dynamicky orientovaná psychoterapie), musí mít indikace, podmínky, kontraindikace, a musí to dělat někdo, kdo to umí – jako operovat může jen ten, kdo to umí, a jenom to, co umí.

Že jsou potíže s předáváním „psychosomatického vědění“, souhlasím zcela, naprosto, s vykřičníkem. Ale to není pro problémy s formalizací psychosomatického vědění. To je jednak problém jazyka (lékař a psycholog se nedomluví a ani nechápou, že se nedomlouvají), jednak problém toho, že „psychosomatici“ tvoří sektu, zapouzdřenou v sobě a ve svých přesvědčeních, u nás určitě, ale mám dojem, že i ve světě. Konečně v tom, že psychosomatického „vědění“ je málo, mnoho z toho, co je snaha předávat, není vědění, ale v lepším případě nepodložené spekulace, v horším prostě víra.

Odesílání pacientů „bez organického nálezu“ psychologovi nebo psychiatrovi je na jedné straně nesmysl, na druhé straně nutné. Vysvětlím. Potřebuje-li lékař specializované vyšetření, musí pacienta poslat specialistovi – nelze umět celou medicínu (zde by navíc bylo nutno umět celou medicínu + celou, při nejmenším klinickou, psychologii). Tak pošle pacienta do biochemické laboratoře, pošle ho odborníkovi jiného lékařského oboru, má-li podezření na psychiatrické onemocnění (třeba larvovanou depresi), pošle ho psychiatrovi, potřebuje-li psychodiagnostiku – kam ho má poslat jinam než klinickému psychologovi. Problém je jinde, psal jsem to už výše: Somatický lékař se psychologa neumí

zeptat, psycholog neví, co má hledat (popř. to ani neumí). Somatičtí lékaři jsou v psychologii jistě velmi slabí. Je-li to vůbec možné, jsou psychologové ještě slabší v somatické medicíně. Snahy o „pozitivní psychodiagnostiku“ psychogenních potíží bez organického nálezu jsou vzácné. V literatuře se dá dohledat ledacos, ale nikdo to nehledá, vlastně nikdo neví co hledat. Nechci se opakovat, už jsem to psal výše. Totéž se týká terapie – potřebuje-li lékař aktinoterapii, pošle pacienta aktinoterapeutovi, potřebuje-li psychoterapii, pošle ho psychoterapeutovi. Jenomže ani jeden neví, jaké metody psychoterapie jsou u této nemoci u tohoto pacienta vhodné nebo alespoň použitelné. Psychoterapeut obvykle jednak velmi nerad dělá psychodiagnostiku, jednak většina psychoterapeutů má v lásce dynamické metody – jenomže právě ty u psychosomatických pacientů obvykle selhávají, ostatně nebyly vyvinuty pro psychosomatické pacienty (nepokládáme-li konverzní příznak za psychosomatickou nemoc), ale pro neurotiky. Lepší jsou relaxační techniky, hypnóza, kognitivně behaviorální psychoterapie. Kromě toho nelze pacienta odeslat a zapomenout na něj. Somatický lékař musí paralelně léčit somaticky a oba – tedy psychoterapeut a somatoterapeut, musí být schopni domluvy a komunikace. Vzpomínám, jak

kapitoly 7 a 8

Výzkum v oblasti životního stylu má kromě „jedné obrovské výhody“ taky dvě obrovské nevýhody. První je ta, že prakticky nelze nebo lze jen velmi obtížně ověřit, kdy respondent mluví pravdu a kdy lže. Druhá, zásadní, je ta, že prakticky nelze provést kvalitní prospektivní studii s kontrolou všech intervenujících proměnných – a retrospektivní studie nejen nic

na jakési psychologicko-psychiatrické konferenci o poruchách příjmu potravy, kam mě pozvala Hana Papežová, na mě křičely psycholožky, když jsem řekl, že tyto ženy potřebují estrogenní substituci, už jenom proto, aby se u nich nerozvinula osteoporóza – „ony začnou krvácet a my nepotřebujeme, aby krvácely, dokud k tomu nedozrají, nám to pak komplikuje psychoterapii“.

Lépe ovšem je, když tam, kde je už z anamnézy podezření, že jde o psychosomatickou příčinu, je psycholog rovnou od začátku zahrnut do vyšetřovacího algoritmu. To pacient akceptuje daleko spíš, než když je rok vyšetřován, a pak se mu řekne, že se nic nenašlo, aby tedy šel k psychologovi. Mimochodem, učiní-li se to tak, je to docela dobrá diferenciálně diagnostická pomůcka: Pokud k němu jde, obvykle nejde o psychosomatickou příčinu. Funguje to dosti spolehlivě, je to popsáno v literatuře a sám jsem to vyzkoušel.

6.7. „Hádání duše s tělem“ – to je nějak populární formulace, Viktorie Hradská tak nazvala své umělecko-lékařské salony, Koukolík tak nazval knížku. V originálu se ovšem duše s tělem hádala o to, kdo může za to, že se nositel duše a těla dostane do pekla. Z básně jsem nabyl dojmu, že do pekla dostaly nositele duše i tělo ruku v ruce a ve velmi dobré spolupráci.

neprokazují, ale mohou dokonce zavést. (Disponuji sbírkou retrospektivních studií, že práce s počítačem zvyšuje riziko potratu, disponuji sbírkou retrospektivních studií, že psychický stres v těhotenství způsobuje u plodu Downovu nemoc – metodologický problém zde je jasný, metodologický problém onde je velice nenápadný a rafinovaný; obojí je samozřejmě

nesmysl. Mám dokonce „metaanalýzu“ – tenkrát se tomu tak ještě neříkalo – vědeckých prací o zhlédnutí v těhotenství. Nevyšlo to v žádném obskurním plátku, nýbrž ve velmi renomovaném časopisu, totiž v American Journal of Medicine.) Vlastně je tu ještě třetí problém, totiž ten, že faktory životního stylu nejsou nezávislé proměnné, jsou velmi hluboce provázány. Tak existují studie, že ženy užívající antikoncepční pilulky mají zvýšené riziko melanoblastomu – je to pravda, ale příčina není v antikoncepčních pilulkách, nýbrž v tom, že tyto ženy se více opalují než ženy bez pilulek (to není spekulace, to je prokázáno, přišlo se na to tak, že si někdo všiml, že to vychází jenom na jižní polokouli a propojilo se mu to s ozonovou dírou – vlastně šťastná náhoda).

Jak je to s epidemiologickými studiemi složité a jak ani Bradfordova kritéria nic neřeší, ukazuje známá historie hypotézy, že karcinom děložního čípku způsobuje herpes virus hominis typu 2 – všechna kritéria zde splněna byla. Přesto HSV-2 rakovinu děložního čípku nezpůsobuje, způsobuje ji úplně jiný virus.

Nemyslím, že zájem odborníků o životní styl navrací do medicíny komunikaci. Jednak komunikace z medicíny nikdy nezmizela – o tom už jsem psal nahoře vícekrát. Jednak nevím, zda vysvětlit, jaká operace se bude dělat a proč, je jednodušší nebo složitější než vysvětlit dietu. A k tomu příkladu s diabetem II. typu. Já to nevím, ale autor to jistě ví: Jakou roli v tom hraje hyperandrogenní syndrom? Nebylo by efektivnější než plošně nabádat k redukci hmotnosti plošně pátrat po hyperandrogenním syndromu? A – já to zase nevím, ale autor to jistě ví. Jakou roli hraje nebo nehraje nabádání k redukci hmotnosti v epidemii poruch příjmu potravy?

S těmi doporučeními je problém, autor má pravdu. (A abych jednou pochválil kazuistiku. Ta zde sedí.) Vzpomínám na jakýsi text, kde autor psal, že četl, že dobrá mysl půl zdraví a čistota půl zdraví atd. – a došel k závěru, že když všechno dodrží, tak bude dvaapůlkrát zdravější než je vůbec možné. Problém je v tom, že tyto výzkumy přinášejí v lepším případě pouze korelace. A to korelace sice statisticky významné, ale slabé – protože zjištěné na velikých souborech, a čím větší soubor, tím menší rozdíl se stane statisticky významným (při nekonečně velkém souboru stačí k nekonečně vysoké statistické významnosti nekonečně malý rozdíl). A navíc jsou faktory provázané – a provázanosti v retrospektivní studii jsou nekontrolovatelné.

K těm potravinovým doplňkům mě napadá, že je to trochu něco jiného. Něco jiného je NEkouřit (NEpít kafe, NEužívat drogy, NEpřejídat se atd.) a něco jiného je užívat něco zvláštního, co není součástí normálního života, protože je to „zdravé“ (třeba extrakt z jinanu dvouočího). Jaká je vlastně motivace těch polykačů potravinových doplňků? Chtějí kompenzovat chyby, nebo chtějí být zdravější než zdraví?

Rozlišení kvality je nemožné i pro odborníka. Jak chcete rozlišovat „kvalitu“? Jakýkoli účinek jakéhokoli potravinového doplňku nebyl nikdy seriózně zkoumán. Pokud je tam vůbec nějaký „racionální“ základ, tak je to na základě dedukce z dedukce z dedukce nebo analogie analogie analogie. Nebo je to prostě „zkušenost předků“. (Na první přednášce z farmakologie nám profesor Wenke četl ze staré „farmakologické“ knížky, každé doporučení tam končilo: „Gest skausseno“. Říkal, že lékař se nikdy nesmí řídit podle „jest zkoušeno“, vždycky má vědět, jak to působí a proč.)

K té kazuistice: Nevím, jestli se sportování započaté v penzi dá nazvat „zdravým životním stylem“.

Závěr autorů je rouhavý, ale na druhou stranu méně, než si myslí. Studií o vlivu alkoholu na přežití je řada, už před lety jsem měl v ruce jejich metaanalýzu. Abstinence je významný rizikový faktor životního stylu. Jedna kuželka Bernarda ovšem nic moc nezlepší. Uvádí se, že pro muže střední hmotnosti je optimální dávka (nejdelší přežití) asi dva drinky denně (u ženy asi 1,5 drinku). Tedy když Bernard, tak alespoň dvě kuželky denně.

Kdyby chtěli být autoři rouhaví, nabídnu něco rouhavějšího. Kouření zvyšuje riziko karcinomu plic, ano. Ovšem rakovina plic je poměrně vzácný nádor. Kouření snižuje riziko rakoviny prsu, děložního těla, vaječníku. Ženy by tedy, chtějí-li se chránit před nádorem, měly kouřit. Kouření zvyšuje riziko cévních příhod. Ano. Ovšem kouření snižuje riziko obezity (jak behaviorálními, tak čistě biochemickými mechanismy). Nevím, zda studie, které sledovaly vliv kouření na cévní příhody, s tímto počítají (obezita se obvykle bere jako nezávislý rizikový faktor, ovšem fakticky to nezávislý faktor není). Kouření snižuje riziko Alzheimerovy nemoci. Všimněte si, jak v USA, kde je jistě velmi tvrdý a velmi úspěšný boj proti kouření, bouchla epidemie obezity a jejích kardiovaskulárních komplikací a současně epidemie Alzheimerovy nemoci. Ovšem zkoumat příznivé zdravotní účinky kouření? To je téma tabuizované, na to nikdo grant nedostane.

A když už se tam píše o stresu a zdravém životním stylu, nějak mi tam chybí, jak chronický psychosociální stres ovlivňuje životní styl – a přes tuto převodovou páku pak zdraví. A nejen stres, ale třeba i deprese atd. Jsou studie, které prokazují,

že depresivní těhotné mají horší výsledky těhotenství. Ale zřejmě to není přímý účinek deprese, ale právě dopad deprese na životní styl (třeba užívání drog, kvalita stravy atd.).

8.1. Medicína založená na důkazech – mně ten termín byl odjakživa nesympatický. Já jsem se, snad pod vlivem metodologie, z které jsem byl nucen složit zkoušku na FF, vždycky domníval, že medicína prostě automaticky vychází z vědeckého poznání. Pravda, v praxi je to kontaminováno – neznalostmi, tzv. zkušeností, magickým myšlením, tradicí atd. Ale to je kontaminace. Jistě, zdaleka ne vše, co se v odborných časopisech vydává za vědeckou studii, splňuje kritéria vědeckého poznání, a drtivá většina lékařů nemá o metodologii ponětí a vůbec nedokáže rozpoznat, v čem je ta studie špatná. Tak proběhla českým gynekologickým tiskem před lety „studie“ prokazující, že užívání vitaminových přípravků v těhotenství způsobuje větší hmotnost plodu. Metodologicky to byla taková katastrofa, že mě to vyprovokovalo k dvoustránkové replice. Už to přežívá asi patnáct let, i když se na všech přednáškách o velkých plodech říká, že to není pravda. Ale to není česká specialita. Jedna ze dvou studií (ani ta druhá nestála za moc), které zlikvidovaly užívání hormonální substituce u žen po přechodu, si zakládala na tom, že soubor tvoří 1 000 000 (ano, milion) žen. Ale projekt byl metodologicky tak nesmyslný, že celá studie je dobrá leda jako toaletní papír. To jí nezabránilo, aby se neocitla v Lancetu, odtud v hromadných sdělovacích prostředcích – a už to bylo.

Kromě toho, jak si autor jistě uvědomuje, medicína založená na důkazech není založená na důkazech (co je kazuistika za vědecký důkaz, ostatně kohortové studie jsou taky sporný důkaz,

a u randomizovaných studií záleží na projektu, dá se znamenitě zmršit, navíc ne vždy je randomizace možná a taky to zdaleka není jediný metodologicky přípustný způsob rozdělení na experimentální a kontrolní skupinu, někdy je dokonce výslovně nevhodný). Kromě toho medicína založená na „důkazech“ je medicína založená na pravděpodobnosti, ne na důkazech.

Nicméně silně uznávám, že pro „metodologicky naivní“ lékařskou populaci tato koncepce přinesla velmi mnoho užitečného a rozhodně je to krok dopředu.

8.4. Poslední odstavec v sobě skrývá velmi významné – a tabuizované – tvrzení, které i já sdílím. Zde je však velmi zastřeno. Celá medicína založená na „důkazech“ není vlastně nic jiného než medicína založená na „názoru experta“. Proč tomu tak je, to by bylo na celý článek, ne-li knížku, ale tu by dokázal autor napsat sám.

8.5. Přiznám se, že postmodernismus je mi krajně nesympatický, nijak se tím netajím. Je to filosofie krize myšlení nebo možná krize společnosti; optimisticky věřím, že krize bude překonána, ať už jakkoli. Stane-li se medicína postmoderní, je to konec medicíny. V umění je postmodernismus provokace – jenomže jak provokovat po dada? V medicíně není na provokace místo, medicína má pomáhat nemocným. Proust píše (v *Guermantech*) něco v tom smyslu, že necháme-li se léčit od nejlepších lékařů,

kapitola 9

9.1. Setkání lékaře a pacienta již není postaveno na poučování, ale na vyjednávání, je citován Jiří Šimek. No, nevím. Nějak čím jsme oba starší, tím mám s Šimkem větší problém, kdysi jsme si rozuměli lépe. Setkání lékaře a

budeme léčení postupy, které za několik let budou uznány špatnými. Přesto je lépe léčit se u dobrých lékařů, protože z té záplavy omylů časem vyplynulo i několik pravd. Od doby Proustovy těch pravd snad přece jen několik přibylo.

8.6. Celá filosoficko-lingvistická diskuse o tom, jak správně překládat anglické evidence, není než hra. Je to úplně jedno. Medicína je plná názvů, které vznikly lingvisticky nesmyslně a měly by být jiné, ostatně myslím, že nejen medicína (rozeberte takto třeba slovo psychoanalýza, v gynekologii máme běžné slovo bartholinitis, což vlastně znamená zánět pana Bartholina atd.) Přesah do praxe nejen není zásadní, jak se zde píše, není žádný. Aby to mohlo mít vůbec nějaký přesah do praxe, musel by lékař něco vědět o metodologii. Neví o ní nic. „Medicína založená na důkazech“ je zaklínadlo: takto to má být správně. Je to možná smutné, že je to zaklínadlo, ale i když je to jen malý krok pro lékařství, je to velký krok pro lékaře. Protože to přece jen odbourává alespoň část metodologicky nesmyslných prací a alespoň nějak to hierarchizuje spolehlivost našeho medicínského poznání. Alespoň nějak to lékaři umožňuje se v té záplavě hrnoucích se informací velmi nestejně úrovně vyznat. Jak jsem napsal, nemám ten termín „medicína založená na důkazech“ rád – ale zaplať pánbůh za něj. Kdy je doklad důkazem, to je otázka navýsost filosofická, možná metodologická, normální medicíny se netýká vůbec. A nikdy se týkat nebude, to je problém pro pár specialistů.

pacienta je přece pochopitelně poučování. Expert poučuje laika. Tedy neříkáme ‚poučuje‘, říkáme ‚informuje‘ – ale co je to jiného? A jaké ‚vyjednávání‘? Pacient má plné právo na to, aby se rozhodl – poté, co je poučen (pardon,

informován) dělat si, co chce. To vyplývá jednoznačně z Evropské úmluvy o biomedicíně a lidských právech. Nemyslím, že je lékař povinen s ním „vyjednávat“, alespoň ne ve většině případů. „Měl byste užívat dvě tablety denně.“ „Prášky nechci, užívat je nebudu.“ „No, buďte rozumný, tak alespoň jeden prášek.“ Kromě toho je „vyjednávání“ velmi riskantní právně. (Ponětí o právních problémech má Šimek malé, vyplývá to z jeho příspěvků v Psychosomu.) „Všechna ta vyšetření a hlavně smrt milého člověka byly zcela zbytečné!!“ končí jedna z kazuistik. Nu, každé vyšetření, a vlastně každá lidská činnost, má nějaký poměr přínosu k riziku. Ta věta se dá aplikovat na každou smrtelnou dopravní nehodu: „Celá ta cesta, a hlavně smrt milého člověka, byla zcela zbytečná.“ Medicína to pečlivě zvažuje, měla by to zvažovat nejen medicína, ale i medicus – myslím, že většinou to taky zvažuje. Chceme-li nulové riziko, musíme akceptovat nulový přínos. V tomto pojetí je nejmenším rizikem k lékaři vůbec nejít.

Dovolte odbočku.

V kruzích, tu větších, tu menších, s různými přerývy, se řeší otázka komunikace lékař – pacient z různých stran, tu veskrze teoretických, ba spekulativních, tu ryze praktických. Nemohu se zbavit dojmu, že je to diskuse poněkud odtržená od života.

Dovolte několik nesouvislých poznámek. Nesouvislých, jak mě právě napadají, a nepochybně neúplných.

Zdaleka ne všichni pacienti chtějí komunikaci. Je řada pacientů, kteří komunikaci nechtějí. „Nic mi nevykládejte a udělejte to, jak myslíte nejlépe“ – to není vzácná formulace.

Dokonce je na to vytvořena speciální diagnostická škála vycházející z MMPI (senzitivní – represivní).

Komunikace je právně formalizována. Pacient musí být poučen – a je definováno, o čem (včetně komplikací, alternativních metod atd.). Kdysi lékař s pacientem hovořil neformálně – tedy ne každý, souhlasím. Dnes musí hovořit zcela formálně, ale hlavně to musí mít podepsáno. Musí být schopen prokázat, o čem hovořil. Nejlépe tedy nehovořit a požádat o přečtení. (A nezapomenout: Na konci čteného musí být věta „Poučení jsem rozuměl a měl jsem možnost položit doplňující otázky.“) Výsledkem jsou sofistikované mnohostránkové informované souhlasy. Před časem si v jedné panelové diskusi stěžoval JUDr. Motejl, jak byl na nějaké banální operaci a dostal několikastránkový informovaný souhlas, který nebyl schopen dočíst. „Nu jistě,“ řekl jsem mu, „informovaný souhlas také není proto, aby pacienta o něčem informoval, informovaný souhlas má smysl zcela jiný – chránit lékaře před trestním stíháním.“ Z celého pléna to pochopili tak dva či tři (jistý jsem si jenom jedním, bývalým ministrem zdravotnictví Davidem).

Pacient je partner – tak vypadá představa idealistů, kteří o praktickém životě nevědí nic. Dnes – v porodnictví je to velmi výrazné, ale proniká to do dalších oborů – není pacient partner. Je to potenciální strana při jednání před soudem. A tak je třeba s ním jednat. Ve své znalecké praxi mám více případů, kdy se lékař pokusil o méně formální komunikaci. To, co řekl, se pak, vytržené ze souvislosti a zařazené do souvislosti jiné, objevilo jako součást soudního spisu. To si pak každý dvakrát rozmyslí co říci.

Důsledek je jasný: Prioritní není, co je pro pacienta nejlepší, prioritní je, při

jakém postupu je pro lékaře nejmenší právní riziko. Vracím se k tomu Šimkovi: Lékař nesmí vyjednávat, to u soudu nikdy neobhájí. Lékař musí jednoznačně, a nejlépe písemně, navrhnout léčebný postup, popřípadě si ho nechat – rovněž písemně (zde je to dokonce nařízeno právní normou) – odmítnout.

Komunikace lékaře a pacienta je limitována čistě ekonomicky. Všechny ostatní profese, které komunikují, mají komunikaci zaplacenou. Jak psychoterapeuti, tak právníci, třeba bankovní poradci atd. (o politikách nemluvím). Lékař ne. Lékař má zaplacený „výkon“. Komunikaci dělá zdarma. Nu, vem to čert, proč neudělat něco pro lidstvo! Jenomže ono to není „zdarma“, ona je tady fakticky záporná cena, fakticky to musí zaplatit lékař ze svého – protože i v tomto ekonomicky neproduktivním čase mu svítí světlo, běží nájem, plat sestry atd., a to nechávám stranou, že se nemůže věnovat jiným výkonům u jiných pacientů. Nelze spravedlivě požadovat komunikaci, pokud tato komunikace nebude zaplacená – a v našem státním socialistickém zdravotnictví kým jiným než státem, resp. pojišťovnou. Tou to ovšem zaplacené nikdy nebude, co si budeme nalhávat. A je ostatně otázka, zda je správné, aby to bylo zaplacené, když ty peníze se dají použít třeba na nákup nových cytostatik. A že by o to většina pacientů stála natolik, že by to zaplatila sama? Systém je nastaven tak, že pacientovi pojišťovna hradí standardizovanou formální komunikaci.

V komunikaci lékař a pacienta je nutno zohlednit nemoc. Jistě, u reaktivní deprese má komunikace význam zásadní, je to terapie, přinejmenším jedna z možných. Ale to je extrémní příklad. Zkusím to rozklasifikovat, jen tak pracovně, třeba: 1. Pacienti, kde je

komunikace nemožná (např. jsou v bezvědomí). 2. Pacienti, kde je komunikace možná, ale prostě na ni není čas (např. akutní hypoxie plodu za porodu nebo akutní krvácení ohrožující život). 3. Pacienti, kde jednoznačně převažuje význam somatické léčby a komunikace musí být vedena v první řadě k přijetí této léčby (např. většina onkologie). 4. Pacienti s akutními problémy, kde je komunikace víceméně zbytečná (např. zlomená ruka). 5. Pacienti s chronickými, ale život neohrožujícími problémy (třeba recidivující vulvovaginální mykózy nebo třeba kloubní revmatismus) – zde je komunikace důležitá, ale v mnohých případech přerůstá v psychoterapii, a té není laik (tedy zde: lékař) schopen. 6. Pacienti s potížemi s výraznou psychosomatickou složkou nebo čistě psychogenními (třeba pelipatie). Zde je nutná psychoterapie profesionálem. To je šest zcela různých problematik (a to jistě nejsem úplný), z nichž každá by se měla pojednat zvlášť. Nelze mluvit jen tak o „komunikaci“.

Přibývá pacientů, kteří komunikaci nechtějí prostě proto, že primárně jsou přesvědčeni, že oni to vědí (eventuálně mohou vědět) lépe. Nevěřili byste, kolik dotazů v antikoncepční poradně začíná tím, že „můj gynekolog mi doporučil“ a končí „a jak to tedy je“. Chápete – nevěří svému gynekologovi, věří internetové odpovědně. Setkal jsem se s pacientkou, která výslovně nechtěla vysvětlit, co je to L-SIL, chtěla jenom vědět, jak se to píše, „já si to najdu na internetu“.

9.2. Jsem přesvědčen, že ve druhém odstavci je chyba, sám ji pokládám za chybu hrubou. Je to ta věta, kde se píše, že „(v rámci alternativní medicíny) se vždy skrývá množství různých procedur, z nichž některé mají racionální jádro, jsou vyzkoušené a používané běžně i v rámci konvenční medicíny, zatímco

jiné nemají s tradicí a zkušenostmi nic společného, jsou záležitostí výmyslu jediného člověka“. Prosím, ne. To rozmazává hranici mezi vědeckou a alternativní medicínou, a to nelze.

Vědecká (oficiální, konvenční, jak chcete) medicína vychází z vědeckého poznání. Alternativní medicíny (je jich mnoho) vycházejí z jiného poznání než z poznání vědeckého. To je rozdíl mezi medicínou oficiální (vědeckou) a alternativní (ne-vědeckou). V zásadě jsem schopen akceptovat různé druhy poznání, tak třeba ve smyslu Jamese, ve smyslu Bergsona, ve smyslu svatého Tomáše atd. Ale tato „jiná poznání“ nemají s vědeckou medicínou nic společného. Alternativní medicína vychází z alternativního (tj. ne-vědeckého) poznání: tradice, tzv. zkušenosti (pochopitelně zkušenost nemá s vědeckým poznáním nic společného, každodenní zkušenost nám ukazuje, že Slunce obíhá kolem Země), parapsychologie, víry, intuice, všelijakých naturfilosofických koncepcí atd. To je ten rozdíl mezi medicínou vědeckou a medicínou alternativní.

Rozdíl není v používané „procedure“ (používám výraz autora, sám bych spíš řekl „metodě“). Účinnost postupů alternativní medicíny (třeba vkládání rukou) lze jistě vědecky zkoumat – je to jenom otázka času a peněz. Sám jsem kdysi vytvořil, vlastně na žádost ministerstva zdravotnictví, projekt na ověření rehabilitační léčby ženské neplodnosti (nerealizoval se pro odpor paní Mojžíšové), vědecké (ne)ověření hypnoantikoncepce jsem dokonce realizoval a publikoval. Pokud je pak vědeckým projektem ověřena pravdivost nějaké alternativní procedury (ve smyslu pravdivosti vědeckého poznání), tak se stává součástí medicíny vědecké (třeba digitalis, v určitém rozsahu třeba hypnóza, v určitém nevelkém rozsahu

snad akupunktura). Naopak alternativní medicína může využívat procedur vyvinutých medicínou vědeckou. Viz výše uvedený příklad sousedky, která mi říká: „Když tě bolí hlava, vezmi si Brufen, mně to taky pomohlo.“ – Což není nic jiného než alternativní medicína vycházející z tzv. zkušenosti.

Je jistě pravda, že v oficiální (vědecké) medicíně je spousta kontaminací – zkušeností, magickým myšlením, tradicí atd. Ale to jsou kontaminace, s kterými se vědecká medicína pokouší bojovat, tzv. „medicína založená na důkazech“ je toho důkazem.

Co v kazuistice spustilo psychopatologii probandky, to můžeme jen tipovat. V každém případě jde o psychopatologii – porodník, který se kdysi věnoval psychosomatickým vztahům v tomto oboru, ví, že pořídit si takto náhradní dítě je vždycky průser. Ale co. Jsou horší kazuistiky. Psal jsem nedávno úmrtní list magistře farmacie, která při zcela operabilním karcinomu čípku operaci odmítla a pod vedením léčitele se léčila bylinkami. Chodila ke mně kdysi jedna sterilní dáma, tak kolem 35 let, s myomem. Doporučil jsem jí tenkrát myomektomii, ale nepřišla a zmizela. Přišla až za dva roky s tím, že chodila k léčiteli a že myom už nemá. Měla – a znamenitě za ty dva roky vyrostl. Neotěhotněla už nikdy. Na druhé straně nic proti alternativním postupům, když nebrání řádné léčbě. Vzpomínám na rentgenoložku, jejíž dcera onemocněla leukemií. Chodila s ní k léčiteli, ale současně ji nechala řádně podle vědecké medicíny léčit. Dcera se uzdravila.

Alternativní medicína jistě v době, které se dožijeme, nezmizí, naopak její význam stoupne. To souvisí se současným postmoderním zmatením. Hromadné sdělovací prostředky – a nejen ony – prostě vnímají alternativní medicínu

jako jednu možnost, vědeckou medicínu jako druhou možnost. Vsjo rovno. Čtenáři (diváku), vyber si. Alternativní medicína je pro pacienta skutečně většinou příjemnější.

9.3. Ve třetím odstavci je psáno: „Není pravda, že moderní medicína se zbavila pacientových emocí, hodnot, že ji nezajímá dopad nemoci na pacientův život atd. Ona to jen dělá jiným, svým vlastním způsobem. Aby zajistila co nejvyšší odbornou úroveň, co nejvyšší objektivitu a jistotu v používání odborných poznatků, přesunula tuto stránku na příslušné odborníky; povolává psychology, sociální pracovníky, psychoterapeuty atd. A aby byla jistota, že se opravdu žádná složka pacienta nezanedbala (bio, psycho, socio, spirituo), vedou se o tom písemné záznamy; lékař pak na rozhovor s pacientem téměř nemá čas. Ale dá se dobrá vůle opravdu implicitně předpokládat, aniž proběhne normální lidský rozhovor, aniž se ti hlavní aktéři – lékař s pacientem – alespoň trochu poznají? Cítit se „jak na běžícím páse“, setkávat se „s příliš mnoha hlavami“, je jeden z významných stesků dnešních pacientů.“

Tiše přehlédnou, že shledávám jistý rozpor s tím, co se psalo dosud.

Jinak – souhlasím. Zcela. Ovšem. Je to tak – a bude hůř. Ale, pěkně prosím, sem medicínu nedostali lékaři, ani věda, sem medicínu dostali pacienti. Už jsem to zmínil výše, tak ještě jednou, je to důležité. Pacient opravdu není partner. Pacient je potenciální protistrana v soudní síni. Pacient má (na rozdíl od lékaře) formalizovaná práva, která je lékař povinen dodržet. Na práva pacientů je dokonce mezinárodní smlouva, která má platnost i nad českými zákony (Evropská úmluva o biomedicíně a lidských právech).

Paragraf o ochraně osobnosti je bezbřehý. Nevěřili byste, co všechno se dá podle tohoto paragrafu žalovat – taky bych nevěřil, kdybych na to nepsal posudky. Tak dítě, zastoupené matkou, prakticky zdravé dítě po úspěšné operaci malé vrozené srdeční vady, žaluje zdravotníky, že nebylo potraceno. (To není vtip, soud už běží asi 10 let, jde o asi 10 milionů Kč – nebo patnáct? Už nevím.) Jiné dítě, dvojče, opět zastoupené matkou, žaluje, že když jeho dvojče zemřelo po porodu, tak utrpělo újmu podle paragrafu na ochranu osobnosti, protože se svým dvojčetem nemůže vyrůstat, když o jeho existenci ví už od nitroděložního života. Na to píšu posudek právě teď, tak mohu napsat přesně, že porod byl v lednu 1999 – soud běží dosud. Ale nejde jenom o takové bizarnosti, jde o to, že v porodnictví je žalován každý neúspěch, a to současně v trestněprávním procesu, současně v občanskoprávním procesu. Ještě k tomu paragrafu o ochraně osobnosti. Tady není nutné prokazovat příčinnou souvislost – právě minulý týden mi to vysvětlil jeden advokát, bývalý dvouatestovaný internista, který se specializuje na žaloby pacientů. Stačí tvrdit, že ten či onen postup „mohl snížit“ (!) naději pacienta. Proti tomu není obrany. A i když porodník vyhraje (ať už je žalován podle jakéhokoli paragrafu jakéhokoli zákona), je to několik let nervů, stresů, spousta času trávených nad spisem a u soudu, spousta peněz placených advokátům, znalcům. Spor běžně trvá několik let. Klidně i deset let, i víc. Ostatně porodník vyhrát nemusí, ani když nic neprovedl, rozsudek je naprosto nepředvídatelný (máme právo na proces, ale ne na spravedlnost). A to jsem nechal stranou takové drobnosti, jako je dehonestace ze strany hromadných sdělovacích prostředků a internetu – před pár dny jsem dostal zoufalý mail od jednoho

kolegy, kterého si podávají na internetu příbuzní jakési pacientky, co má dělat. Nemůže dělat nic. I ze své ne tak velké praxe vím o třech případech úmrtí lékařů v souvislosti s žalobou (jedno suicidium, jeden ictus, jeden infarkt).

Pravda, porodnictví je extrém, ale ostatní obory ho začínají pomalu, nicméně tempem zrychlujícím se, následovat. Konečně i ta kauza zmíněného gynekologa není porodnická, ale gynekologická.

V takové situaci lékaři nezbyvá než postupovat čistě formálně. Vše musí pečlivě písemně dokumentovat – zdravotnická dokumentace je důkaz, musí být čitelná, úplná, podepsaná atd. Musí posílat ke specialistovi – nebyl-li přivolán konziliář, vede to přímo k odsouzení. Nemůže se s pacientem bavit neformálně – jakýkoli neformální rozhovor může být u soudu zneužit.

Porodník by – berte to jen jako příklad – rád diskutoval s ženou, zda je porod císařským řezem pro ni a pro dítě lepší řešení než porod vaginální, a došel k nějaké dohodě. Jenomže to nemůže. Protože při jakémkoli neúspěchu bude žena tvrdit, že ona požadovala to druhé, a soud jí rád uvěří. A lékař už tím, že připustil diskusi, připustil, že mohl volit obě možnosti. Porušil tedy její práva formalizovaná ve výše zmíněné Úmluvě. Lékař musí navrhnout a zdůvodnit to nebo ono – a když už to navrhne, tak na tom trvat. Rozhodnutí ženy si pak musí nechat podepsat. Co je nad to, to je potenciální cesta do kriminálu (abych nepřeháněl, obvykle se dává podmínka, což ovšem velmi komplikuje další

kapitoly 10, 11 a 12

Nevím, zda EBM (evidence based medicine) je „obor“, nevím, zda se pokouší hledat „jistoty“ a nevím, zda se

profesní činnost, mnozí soudci iniciativně rovnou přidají zákaz výkonu činnosti, což je profesní a sociální likvidace – ale máme i 18 měsíců nepodmíněně za profesní chybu).

Kromě toho, lékař skutečně na komunikaci „nemá čas“ – i o tom bylo psáno výše. Lékař je jediný „komunikační pracovník“, na kterém se chce, aby komunikoval na vlastní náklady, nedostane za to ani korunu.

Komunikace se stává zásadně důležitou, až když se stane průser. Pak je nutno komunikovat, a to zcela účelově – udělali jsme, co se dalo, viníkem je Bůh nebo osud. Někdy se to povede, někdy ne. Když ne, je viníkem lékař. V té kazuistice se to lékařům podařilo, budiž jim čest a chvála, mělo by se to publikovat v gynekologické literatuře, aby všichni viděli, že to jde. Totéž je ta kazuistika z Anglie. On ovšem na komunikaci není někdy ani čas. Stalo se, že manžel povolal bezprostředně po porodu policii přímo na porodní sál. Policie nelenila a činila (chápu, být policista, taky bych činil).

Že vám to zní cynicky a vyhořele? Máte pravdu, jsem vyhořelý cynik. Jsem ale taky soudní znalec. Tak, jak to píšu, to prostě je, ať před tím oči budeme zavírat nebo ne. A pokud to v diskusi o komunikaci mezi pacientem a lékařem pomíneme (nebo dokonce popřeme), tak ta diskuse není nic než akademické plkání, zcela odtržené od problémů reálného života.

setkává s neúspěchem. Myslím si, že to je nepochopení EBM. EBM strukturalizuje bordel (dovolíte-li ten

výraz) v publikacích v odborných časopisech, kde se vedle sebe najdou práce metodologicky výborné a práce metodologicky nesmyslné – a v tom se žádný normální lékař nevyzná. Kromě toho se EBM pokouší, možná neuvědoměle, vyřešit problém spočívající v tom, že jedno ze základních pravidel vědeckého výzkumu říká, že získaný poznatek nelze aplikovat na jinou populaci, než na jaké byl získán (vzato do důsledků bychom pro české pacienty neměli skoro žádné vědecké poznatky). Konečně velká většina studií v medicíně má ten či onen metodologický nedostatek, udělat metodologicky čistou studii je velmi obtížné – EMB se snaží srovnáváním studií vytvořit něco, „čemu se dá v dnešní době tak nejspíš věřit“.

Kromě toho – vědecká medicína, jakož i věda vůbec, nehledá „jistotu ve filosofickém slova smyslu“. Vědecké poznání je vždy jen pravděpodobnostní. Vždy je to jen model. Pokud modelem dokážeme vysvětlit všechna známá pozorování, tak model uznáváme jako „pravdivý“. Ale pořád je v pozadí, že se může objevit nové pozorování, které tímto modelem vysvětlit nelze – a nepodaří-li se zpochybnit pozorování, nezbyvá než vytvořit nový model. Učebnicový příklad: Newton byl pravdivý, než se ve fyzice objevila pozorování, která s ním nebyla slučitelná. Musel přijít Einstein, který vysvětluje i tato pozorování. Nikdo netvrdí, že po Einsteinovi už nemůže být nic.

Odstavec po kazuistice – nu, já s ním, jako bývalý praktický výzkumník, souhlasit nemohu. Já přece nesbírám ani netvořím data. Já tvořím projekt. Projekt, který má přinést odpověď na konkrétní otázku, kterou si kladu. Ano, ten tvořím, a to je nepochybně ovlivněno tím, co si myslím, že vyjde, co mě zajímá,

co pokládám za důležité, jistě tam jsou motivy vědomé i motivy nevědomé. Ale jakmile ten projekt spustím, tak „sběr dat“ musí být na mně nezávislý, je-li to nutné, tak za pomoci zaslepení. Já přece nemohu jen tak „sbírat data“ a lovit v kalných vodách. A to z důvodů mnohem přizemnějších, než je „vědomý nebo nevědomý podíl na tom, co považujeme za data“. Já přece testuji pravděpodobnost nulové hypotézy. A abych mohl nulovou hypotézu testovat, tak ji musím především mít. Když jenom lovím v kalných vodách, nikam nedojdu. Protože i když mezi zkoumanými daty žádný vztah není, tak hodnota pravděpodobnosti nulové hypotézy má gaussovské rozložení. Takže každý 10. „datový vztah“ (třeba korelace) mi musí vyjít na 5% hladině významnosti (polovina jedním směrem, druhá polovina druhým směrem), každý 50. datový vztah mi musí vyjít na 1% hladině významnosti. A já nikdy nemohu vědět, zda je to náhoda, nebo skutečný vztah.

Nechci domýšlet následky, kdyby platilo, že „současná medicína, její organizační, vzdělávací, legislativní a bůhví jaký ještě rámec je tvrdě zasazen do velmi jemného přediva postmoderní filosofie, někdy nazývané filosofie podezření. Ale ubezpečuji autora, že do přediva jakékoli filosofie není medicína zasazena zbla. Naštěstí ani do postmoderní filosofie. Spíš právě naopak. Přece celá ta Cochranova databáze, celá ta medicína založená na důkazech, všechny to doporučené postupy atd., to všechno jde přímo proti postmodernismu.

Nevím, zda se může medicína zeptat matematiků. Vím, že to udělala psychologie. Mně je sice Lewinova teorie osobnosti (skutečně Lewinova? Nějak si už nejsem jist, jestli se mi do toho nepřipletl Tolstoj, prostě teorie osobnosti jako fyzikálního pole s vektory a skaláry) sympatická, ale nemám pocit,

že by psychologii nějak výrazněji ovlivnila, neřku-li změnila.

A poslední věta. Milý trojjediný autore. Medicína už dávno není založena na důvěře. Ale za to lékaři fakt nemohou, za to skutečně mohou pacienti se svými formalizovanými právy a soudními spory. Nelžeme sami sobě, že je to jinak, ostatně bude hůř. Ale navzdory tomu pořád zůstává medicínou, a docela často navzdory všemu nějakému tomu pacientovi pomůže.

12.1. Mám poezii rád, ale snad nikdy jsem poezii (a ani prózu, ale když já už čtu skoro jenom poezii) nezkoumal měřítky pravda/nepravda. Ani politickou poezii ne. (Nemluvím pravdu, zkoumám ji z hlediska „umělecké pravdivosti“, ale to je jistě něco jiného, než zde myslí autor.)

Následuje odstavec, začínající slovy „Naše práce má k intuitivnímu básnictví daleko“ – jako už jednou, odvolám se na negativní odpovědi v Rorschachově testu. Signují se stejně jako odpovědi kladné. Já nejsem expert přes metodologii, ale něco jsem si o ní přečetl (jednou jsem ji dokonce přednášel, pozval mě tehdy dr. Balcar, ale to už je dávno). Metodologii jsem se učil právě na metodologii psychologie. To, co se píše zde, není nic jiného než postmoderní myšlení. Orientujeme se na měkčí metody prostě proto, že je to snazší. „Hypotéza se ocitá až na konci humanitněvědního bádání“, píše se zde.

ZÁVĚREČNÁ POZNÁMKA

Dovolte nakonec osobní poznámku starce, který je možná už vyhořelý, možná jenom usmířený. Trojjedinému autorovi – ale vždyť on to vlastně není trojjediný autor, ona je to jedna autorka, Hana, ostatní jsou pouhé ancillae –

Milí přátelé, už rozumím tomu, proč se o pár kapitol dřív tak zdůrazňoval význam subjektu ve výběru faktů. Ale, věřte mi, takto se skutečně nikam nedostaneme. To je to, na co umírá psychosomatika – máme mnoho teorií, a žádná z nich není než subjektivní výmysl.

V dalším odstavci se rezignuje na klasifikaci, a tím na ztrátu rozmanitosti výchozího materiálu. Celý předložený spis je o problému s porozuměním. Nu, když rezignujeme na klasifikaci, na definici, na zobecnění – tak to máme pochopitelně problémy s porozuměním. Kdesi se v textu odkazovalo na fyziku. Kdyby přistupovala fyzika k svému předmětu tak, že nechce ztratit rozmanitost svého výchozího materiálu, tak dnes nejsme ani na úrovni třeba takového Aristotela.

11.2. Všechny příběhy mají bohužel tu vadu, že jim zcela chybí objektivní korelát. Vlastně jsou subjektivní hned několikanásobně – nevypráví je proband, vypráví je někdo, kdo u toho v lepším případě byl, v horším to jenom slyšel (připouští se dokonce, aby si to vymyslel). Jakákoli reakce na tento příběh, neřku-li jakákoli interpretace, nemůže být než zcela subjektivní – z toho také moje častá nepochopení, proč je ten či onen příběh zařazen právě tam či jinam. Lze si s tím hrát, ale není to než hra. Jako „výzkum“ se to označit nedá, pokud se toto slovo používá v obvyklém slova smyslu.

chybí pokora. Znovu upozorňuji na tu záměnu subjektu a objektu v názvu 12. Kapitoly („Jak JSME kalili ocel“ versus „Jak SE kalila ocel“). Hana nepotřebuje kalit sebe, chce kalit ostatní. Není vědecká pracovnice, ani postmoderní

vědecká pracovnice (i když to by bylo vlastně *contradictio in adiecto*). Hana je věrozvěst. Víru má, hledá jen argumenty k její podpoře. Teprve teď chápu, proč mi tam chybí to či ono, proč mi připadá, že to či ono je hypertrofické, proč to či ono je zkreslené. Nemůže tam přece být nic, co by s jejími názory nesouhlasilo nebo je dokonce ohrožovalo. Musí být zdůrazněno, případně přizpůsobeno, vše, co se dá použít v jejich prospěch či na jejich podporu. Musí být vynecháno, případně popřeno, vše, co by mluvilo proti. Zvěstovat se Hana teprve učí. Má ještě potřebu složitě vysvětlovat a vše zabalovat do odborně znějících termínů, které neuvádí ani Velký akademický slovník cizích slov. Ještě si myslí, že to usnadní, aby jiní její víru přijali – nebo to možná zatím neumí říci prostě. Brzy přijde na to, že je zapotřebí naopak

zjednodušovat, pak se apoštolové najdou snáze a ve větším počtu, a naučí se to. Věrozvěst pokoru před složitostí jsoucna, před nejistotou lidského poznání, nepotřebuje, překážela by mu v jeho víře. Ale vědecký pracovník se bez ní neobejde. Hana ale nechce, možná jenom zatím, vypadat jako věrozvěst, možná si tak zatím ani nepřipadá. Ještě to chce mít, nějak, jakkoli, „vědecky“ podloženo. Ještě chce „důkazy“, ber kde ber. Konečně chápu, proč se tady věnuje tolik pozornosti Descartovi a proč tu není Kant. Hana se musí rozhodnout, zda je vědecký pracovník nebo věrozvěst. Úspěch může mít, ať se rozhodne jakkoli. Ale naplnit obojí nebo kolísat mezi obojím nelze. Osobně si myslím, že Hana dá přednost věrozvěstovi. Osobně si taky myslím, že medicína to přežije. No – myslím, spíš asi doufám.

V Praze, 6. září 2011

Pavel Čepický

Do redakce přišlo 25. 7. 2012

Recenze 28. 7. 2012

K tisku přijato po úpravě 15. 8. 2012

POZNÁMKA RECENZENTA:

Pavel Čepický (MUDr., PhDr., CSc., nejen pro mne osobně také DrSc., autor téměř 400 publikací, z nich 4 monografií) poslal tuto svou více než půl roku starou recenzi, napsanou původně pro nakladatele, do redakce *Psychosomu* v červenci 2012, krátce poté, co si s určitým zpožděním přečetl pochvalnou recenzi té samé knihy od Vladislava Chvály (MUDr.). V původním znění byla recenze dlouhá, ale autor z důvodů, kterým snad umím rozumět, se svým textem již zabývat nechce. Recenze Pavla Čepického ale obsahuje konzistentní

názory a postoje zkušeného lékaře a vědce, které by nás nejen mohly, ale i měly zajímat. Text mne zaujal natolik, že jsem jej přečetl a seškrtnal z původních 35 stran na nynějších 26. Neškrtnal jsem podle toho, co se mi líbí a co ne, s čím souhlasím a s čím ne, ale tak, aby ty hlavní myšlenky, které považuji za zásadní (i když třeba nesouhlasím), zůstaly v koherentní podobě zachovány. To, že text v této podobě vychází, znamená, že Pavel Čepický provedené škrtky schválil.

Na závěr si přece jen dovolím do svého přítele, kterého si hodně vážím, trochu rýpnout. V závěrečné poznámce autorce vytýká nedostatek pokory. Té nikdo z nás tváří tvář problémům, které řešíme, nemáme dost. Příběh s nejvýznamnějším českým psychosomatikem Dr. Chválou končí takto: On: „Měl jsi pravdu, já bych tomu nevěřil, ale ony často v tom těhotenství dozrají.“ Když už jsme u té pokory, chybí mi zde ještě poslední věta: Já: „To jsem rád, že jsi na to přišel, ale já jsem mezitím zjistil, že některé ženy ani v těhotenství nedozrají.“

Jak Pavel Čepický sám v textu píše, máme mezi sebou problém, týká se komunikace lékaře a pacienta. Milý Pavle, dost mne mrzí, že můj pohled odjinud, ale také lékaře, který strávil dvacet let života u lůžka nemocných, vidíš jako „poučení z akademické pracovny, zcela izolované od reality.“ (*PSYCHOSOM, 2010;8(2)*) Studoval jsem

medicínu, tak mne neurazí tvrzení, že ponětí o právních problémech mám malé. Možná se budeš divit, i přes mé malé právní ponětí s Tebou souhlasím, že současná právní situace v ČR lékařům život dost komplikuje. Pomyšlení na soudní spor s pacientem i ve mně provokuje úzkosti a zlost. Ale: Uznávám, že v současné době se mne to již osobně netýká, přece jen si myslím, že profese lékaře byla vždycky spojena s rizikem. Ještě před necelým stoletím lékaři umírali na infekce, kterými se infikovali od svých nemocných. Dnes riskují soudní spor se svým nemocným. Není to přece jen jakási pro nás pozitivní změna? Sám jsi napsal: „Chceme-li nulové riziko, musíme akceptovat nulový přínos.“

V Českých Budějovicích, 25. července 2012.

Jiří Šimek

ODPOVĚĎ AUTORA:

Milý Jirko,

zkrátil jsi to seriózně. Sám bych nejspíš postupoval trochu jinak (škoda, že vypadli třeba Kungové, Thomayer, Lepešinská) – i jsem to zkusil, ale brzy jsem pochopil, že se k tomu skutečně už nechci vracet. Takže díky. Jsem rád, že to vyjde – psychosomatickou dráhu jsem zakončil vydáním monografie *Psychosomatická onemocnění v gynekologii a porodnictví (Moderní gynekologie a porodnictví, 8, 1999, č. 3)*, toto je docela stylový epilog.

Snad jen poznámku k závěru: Nevím, zda je to pozitivní změna. Diskutovat by

se o tom dalo z hlediska psychologického, sociologického, ekonomického a co já vím jakého. Byla by to diskuse dlouhá a planá. Zůstanu u toho nejpřízemnějšího: Před infekcí byla snazší ochrana. Před 100 lety byl rok 1912, to už lékaři před infekcí od pacientů uměli chránit docela dobře. A ještě jedna přiměřeně cynická a pobuřující poznámka: Co je to ten „přínos“?

V Praze, 3. srpna 2012

Pavel Čepický

AKCE

KABÁT J.: SETKÁNÍ MYSLÍ TERAPEUTŮ – „ČEJENSKÁ“ KONFERENCE NA PSYCHOSOMATICKÉ KLINICE V PRAZE

Na Psychosomatické klinice proběhla v červnu první netradiční psychosomatická konference. Nazvali jsme ji „Setkání myslí terapeutů“, ale od začátku příprav jsme jí říkali „čejenská“. To proto, že jsme se inspirovali čejenskými bojovníky – těmi, kteří si říkali Hohnóhkao'o neboli contrary warriors a dělali věci tak trochu jinak, velmi často úplně naopak. Proto naše čejenská konference nebyla tradičním setkáním vědců, kteří přednášejí své příspěvky, prezentují výsledky své práce a seznamují nás se svými závěry. Naše konference neměla řečníky ani prezentace. Byla jen místem pro setkání terapeutů a lékařů zabývajících se psychosomatikou a společným prostorem k zamyšlení a k diskusi nad málo probádanými, někdy odmítnutými, ztracenými či přímo zakázanými

myšlenkami a tématy.

V prostředí přátelského shledání terapeutů různých zaměření, zkušeností i teoretických východisek se rozpoutaly velmi zajímavé diskuse třeba nad koncepcí energie a jejího použití v terapii, nad mírou obětavosti ve vztahu ke klientovi, nad nedorozuměním v terapii a jeho významem pro porozumění, ale i nad velmi obecnými a často opakovanými tématy týkajícími se významu psychosomatiky či použití alternativních metod v léčbě psychosomatických pacientů.

Reflexe na závěr konference i pozdější ohlasy potvrdily, že „čejenské“ uspořádání konference je poutavé a inspirativní. Ukázalo se, že témat bude dost i na další konferenci, pořádanou příští rok.

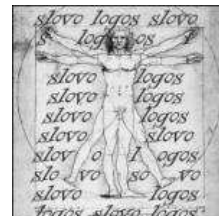




ČTRNÁCTÁ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI

TĚLO- DUŠE-VZTAH

PROGRAM KONFERENCE, INFORMACE, ABSTRAKTA



Vychází jako příloha Psychosomu 2012; 10(3)

Vážené kolegyně, kolegové, přátelé,

Přijali jste pozvání na konferenci psychosomatické medicíny znovu do Liberce.

V běžné medicínské praxi je středem zájmu především tělo. Dokud je tělo živé a trpící, je oduševnělé. Psychoterapie se naopak zabývá především duševními pochody a tělo nechává často stranou svého zájmu. Rádi bychom vyvážili přílišné zaměření jednotlivých odborností na tělesnou či jen na duševní, sociální či duchovní stránku našich pacientů. Ve třech dnech bychom se rádi setkali navzájem a oslabili tak vliv všech jednostranností. Program bude jako obyčejně pestrý, postavili jsme ho na těchto otázkách:

- 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?
- Více informací na www.lirtaps.cz/14_konference.htm

Na setkání s Vámi se těší

za výbor psychosomatické sekce PS ČLS JEP

MUDr. Vladislav Chvála

POŘÁDAJÍ: PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP, ČLK, PSYCHOTERAPEUTICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, POD ZÁŠTITOU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU, O.S., VE SPOLUPRÁCI S INSTITUTEM RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI, O.P.S.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Vladislav Chvála
MUDr. Aleš Fůrst
Mgr. Jan Knop
PhDr. Ludmila Trapková



MGR.MILOŠ MAUER 1



MUDR. ONDŘEJ MASNER 1

PROGRAMOVÝ VÝBOR

Prezident konference: MUDr. PhDr. Jan Poněšický
Sekretář konference: MUDr. Vladislav Chvála
Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.
Doc. PhDr. Marcela Bendová, CSc.
MUDr. Aleš Fůrst
MUDr. Radkin Honzák, CSc.,
MUDr. Ondřej Masner
Mgr. Jan Knop
Prof. MUDr. Hana Papežová, PhD.
PhDr. Pavel Roubal
PhDr. Ingrid Strobachová, PhD.
PhDr. Daniela Štackeová, PhD.
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.
PhDr. Ludmila Trapková



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 (zav) sktlib.cz

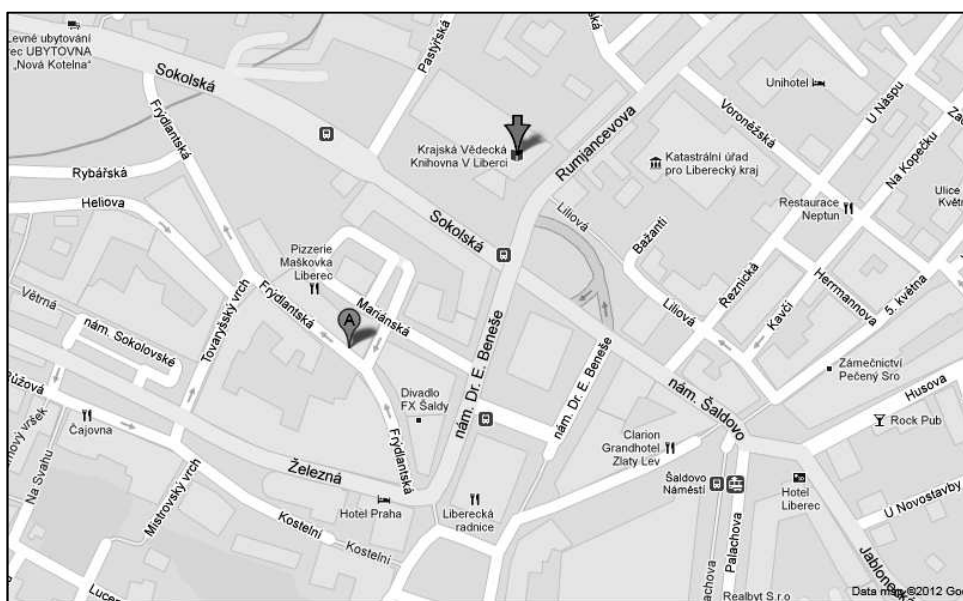
TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

Sekretářka paní Menclová
 Tel.: +420 485151398
 E-mail: menclova(zav)lirtaps.cz
 Informační server:
www.lirtaps.cz/konference.htm



VZDĚLÁVÁNÍ:

- souhlasné stanovisko od Unie fyzioterapeutů – přidělené číslo akce 5524 – 12 kreditů za 3 dny účasti
 - souhlasné stanovisko ČLK – přidělené číslo akce 29841 – 15 kreditů za 3 dny účasti
 - souhlasné stanovisko od ČAS – přidělené číslo akce KK1746/2012 – 12 kreditů za 3 dny účasti
 - souhlasné stanovisko od AKP – přidělené číslo akce AKPCR/SC/K045/2012 – 12 kreditů za 3 dny účasti
- Souhlasné stanovisko UNIFA pro rehabilitační pracovníky bylo vydáno pod č. 5524.



MAPKA 1: Poloha Krajské vědecké knihovny v centru města. V místě A ve Frýdlancké ulici je v 1. patře Anandy, vegetariánské jídelny, místnost D, ve které budou některé workshopy

PROGRAMOVÉ SCHÉMA

Místo konání: Krajská vědecká knihovna v Liberci, příspěvková organizace, Rumjancevova 1362/1, 460 53 Liberec 1

Čtvrtek 11. 10. 2012: Práce s tělem

9:00 – 10:00	Registrace
10:00 – 11:30	1. plenární jednání: Zahájení konference (3x30min)
11:30 – 12:00	Přestávka
12:00 – 13:30	2. plenární jednání – přednášky (3x30 min)
13:30 – 15:00	Přestávka na oběd
15:00 – 16:30	1. blok workshopů paralelně 3 sály (3 x90 min)
16:30 – 17:00	Přestávka, káva
17:00 – 18:30	2. blok workshopů paralelně 4 sály (4x 90 min)

Pátek 12. 10. 2012 Vztah, psychoterapie a duchovní péče

8:30 – 9:00	Registrace
8:45 - 9:00	Rozcvička
9:00 – 10:30	3. plenární jednání: (3x30min)
10:30 – 11:00	Přestávka
11:00 – 12:30	4. plenární jednání: (3x30 min)
12:30 – 14:00	Přestávka na oběd
14:00 – 15:30	3. blok workshopů paralelně 4 sály (4x90 min)
15:30 – 16:00	Přestávka, káva
16:00 – 17:30	4. blok workshopů paralelně 4 sály (4x 90 min)
17:30 – 18:00	přestávka
18:00 – 19:30	plenární diskuse
19.30 – 21.30	Společenský večer s rautem a koncertem

Sobota 13. 10. 2012 Integrace metod a směrů, týmová spolupráce

8:45 – 9:00	Registrace
9:00 – 10:30	4. plenární jednání: vyžádané přednášky (3x30min)
10:30 – 11:00	Přestávka
11:00 – 12:30	3. plenární jednání, shrnutí a závěr (12x15 min)

- Na jednotlivé workshopy je třeba se zapsat v předzáhlaví u prezence. Podle počtu zájemců bude určeno, kde se bude dílna konat.
- Během konference bude pořizován zvukový záznam z přednášek, který bude účastníkům k dispozici na internetu konference. (www.lirtaps.cz) Je možné vyjednat, aby nebyl záznam v jednotlivých případech pořizován.

Tato akce není sponzorována farmaceutickými firmami.

PROGRAM

ČTVRTEK 11. 10. 2012:

- 9:00 – 10:00 Registrace
- 10:00 – 11:30 1. Plenární jednání **(A)**:
- Večeřová-Procházková Alena: Úvodní přednáška Změna paradigmatu (30 min.)
 - Staceková Daniela: Využití kinezioterapie v terapii psychosomatických pacientů (20+10)
 - Hátlová Běla: Psychomotorická terapie, historická východiska a současnost (20+10)
- 11:30 – 12:00 Přestávka
- 12:00 – 13:30 2. plenární jednání: **(A)**
- Lewitová, C-M.: Propriocepce a exterocepce: vnitřní a vnější: propojený svět
 - Palusková Květa: Práce s tělem v biodynamické psychoterapii (20+5)
 - Malá Andrea: The Body as a Vessel: A Heuristic Search into... (40min. s překladem)
 -
- 13:30 – 15:00 Přestávka na oběd
- 15:00 – 16:30 1. blok workshopů (paralelně po 90 min.):
- Weidenfeld Eli: Tělová terapie (angl.) **(A)**
 - Čížková Klára: Kinestetická empatie a její využití ve vztahu s klientem
 - Kryl Michal: Práce s tělem ve skupinové PT
- 16:30 – 17:00 Přestávka, káva
- 17:00 – 18:30 2. blok workshopů (paralelně 4x 90 min)
- Lenz V. S. a Roebbers R. S.: Taneční terapie (něm.) **(A)**
 - Malá Andrea: Somatic Responses: A Journey into Physical Manifestations
 - Stehlíková Lešková Monika: Improvizácia ako miesto stretnutia so sebou a s inými
 - Lewitová Jana: Hodina zpěvu **(D)**

PÁTEK 12. 10. 2012

- 8:30 – 9:00 Registrace
- 9:00 – 10:30 3. plenární jednání (A):
- Poněšický Jan: Co léčí ve vztahu? (15+15)
 - Šimek Jiří: Fenomenologie psychosomatických poruch (15+15)
 - Strobachová Ingrid: Pane, pojďte si hrát (15+15)
- 10:30 – 11:00 Přestávka
- 11:00 – 12:30 4. plenární jednání (A):
- Hogenová Anna: Tělo a čas (20+5 min)
 - Konečný Martin: Zákl. a spec. péče v ordinaci psychiatra a psychoterapeuta (15+15)
 - Syrovátková Radana: Raný pohybový vývoj ve světle somatických projevů „já“ a naopak (15+15)
- 12:30 – 14:00 Přestávka na oběd
- 14:00 – 15:30 3. blok workshopů (paralelně 4 sály po 90 min.)
- Dvořáček Vladimír: Rozhovor a kotvení
 - Vančura Michal: Tělo: cesta tam a zase zpět. /paradigma, psychóza, spiritualita, sexualita, PBSP/
 - Pelková Lucie: KIP v léčbě psychosomatických poruch
 - Zedková Ivetta: Pohyb ve vztahu, vztah v pohybu
- 15:30 – 16:00 Přestávka, káva
- 16:00 – 17:30 4. blok workshopů (paralelně 4 sály po 90 min)
- Syrovátková Radana: Tělo v supervizi a supervize v těle
 - Konečný Martin: Kdy indikovat u psychosomatického pacienta IPT, SPT a kdy RT?
 - Machander R. Antonín: Ovlivnění psychosomatického těla
 - Závěrková Markéta (ISZ): Téma rezervováno
- 17:30 – 18:00 Přestávka
- 18:00 – 19:00 Plenární diskuse
- 19.30 – 21.30 Společenský večer s rautem a koncertem

SOBOTA 13. 10. 2012

8:45 – 9:00 Registrace

9:00 – 10:30 5. plenární jednání

- Balcar Karel: Uvádění studentů na 3. LF UK do psychosomatického uvažování' (15+15)
- Vácha O. Marek: Jak je to s duší na lékařských fakultách? (20+10)
- Bendová Marcela: Výuka lékařské psychologie, psychosomatiky a komunikace na Lékařské fakultě v Brně (30 min)

10:30 – 11:00 Přestávka

11:00 – 13:00 6. plenární jednání

- Předání ceny Jana Poněšického
- Bartůšková Ludmila: Spirituální dimenze nemoci (15+15)
- Martásková Debora: Duchovní psychotherapeutická péče (15+15)
- Klímová Jarmila: Filosofické, etické, duchovní, politické a ekonomické aspekty psychosomatické praxe (15+15)



ABSTRAKTA

14. celostátní psychosomatické
konference v Liberci

Souhrny jsou řazeny v abecedním pořadí autorů podle toho, jak je autoři dodali. Tato část Psychosomu neprošla jazykovou korekturou.

*BALCAR, K.: UVÁDĚNÍ STUDENTŮ LÉKAŘSKÉ FAKULTY DO
PSYCHOSOMATICKÉHO UVAŽOVÁNÍ (P)*

Navzdory proklamovanému bio-psycho-sociálnímu přístupu v lékařství je výuka studentů lékařských fakult stále vedena v duchu pojetí „somatický základ – psychická nadstavba“. Účinně jim sdělit a doložit, že leckdy je tento vztah obrácený, vyžaduje postupovat, jak jsme jinak zvyklí s pacienty: Začít tam, kde jsou – názorově a jazykově – a odtud vést argumentaci stylem souladným s jejich „přírodovědným“ nastavením vůči člověku jako „předmětu“ jejich péče. Ukazuje se, že sama logika psychosomatického uvažování je nepřesvědčivá, avšak zapůsobí – přinejmenším vyprovokuje vážně míněnou diskusi – její dokládání případy z klinické praxe. To je zde ilustrováno ukázkou postupu, který užívám při výkladu psychosomatického přístupu studentům 3. lékařské fakulty UK.

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc. se věnuje výzkumu, výuce a klinické práci v oborech psychologie, psychosomatiky a psychoterapie soustavně na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, příležitostně také na 1. a 3. lékařské fakultě UK v Praze.



BARTŮŠKOVÁ L. SPIRITUÁLNÍ DIMENZE NEMOCI (P)

Na základě terapeutické zkušenosti se ukazuje jako přínosné doplnit dnes snad již všeobecně přijímaný a preferovaný bio-(eko) – psycho-sociální model nemoci o spirituální rozměr. Je důležité si uvědomit, že spirituální rozměr nemoci se netýká pouze lidí „věřících“, „je totiž velmi důležité odlišovat spiritualitu člověka od religiozity, protože spirituální přesvědčení může, ale nemusí být religiózní povahy“

Způsob, jakým pacient interpretuje, hodnotí a „nakládá“ s jednotlivými příznaky, totiž úzce souvisí s jeho osobní spiritualitou, ev. náboženskostí. Toto tzv. pacientovo pojetí nemoci výrazně ovlivňuje práci zdravotníků, ovlivňuje rozhodování o variantě léčby, ovlivňuje pacientovu spolupráci při léčbě (compliance) a v celkovém součtu i výsledek léčby.

K diskusi zůstává, jakým způsobem v terapii zohlednit spirituální rozměr člověka, jak se vyhnout nezdravým extrémům, kdy na jedné straně stojí naprosté ignorování spirituality člověka, na druhé straně však může být výrazným non lege artis postupem násilné vnucování spirituálního rozměru člověku, který o sobě a o své nemoci smýšlí zcela jiným způsobem. Oba extrémy mohou mít velmi negativní dopad na terapeutický vztah i na léčbu samotnou.



Ukazuje se, že spiritualita, ev. náboženská víra, může být jak významným salutogenním, tak bohužel také výrazným patogenním faktorem v léčbě, prevenci a rehabilitaci onemocnění.

Mgr. et Mgr. MUDr. Ludmila Bartůšková pracuje jako dětský a dospělý psychiatr, rodinný terapeut (výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v SKT Liberec), působí na 1. LF UK a KTF UK. Zabývá se teoreticky i prakticky spirituálním rozměrem nemoci (vystudovala obor náboženské nauky na KTF UK a obor teologie na CMTF UP, v rámci postgraduálního studia psychologie na 1. LF UK zpracovává téma: Vliv víry na interpretaci a řešení psychických obtíží subjektem).

MARCELA BENDOVÁ: VÝUKA LÉKAŘSKÉ PSYCHOLOGIE, PSYCHOSOMATIKY A KOMUNIKACE NA LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ MU V BRNĚ (P)

Autorka předkládá 8 letou zkušenost výuky lékařské psychologie, psychosomatiky a komunikace na Ústavu psychologie a psychosomatiky LF MU od jeho založení (v r.2005) až po současnost. Konstatuje, že došlo k zásadní restrukturalizaci výuky Lékařské psychologie, která byla rozšířena především v oblasti psychosomatiky a posléze i o výuku komunikace a sebezkušenosti, jako předmětu povinného pro všechny studenty Lékařské fakulty, včetně studentů zahraničních. Výuka lékařské psychologie a psychosomatiky je vyučována ve 4. ročníku (30 hod / sem), výuka komunikace a sebezkušenost ve 2. ročníku (30 hod/sem). Zajišťují ji odborní asistenti lékaři - psychiatři s psychoterapeutickou orientací a kliničtí psychologové s psychoterapeutickou atestací a

ukončeným výcvikem v některé z prestižních psychoterapeutických škol a s praxí na somatických odděleních nebo klinikách.

Autorka předkládá základní syllabus výuky, která je koncipována tak, aby byla jakýmsi průnikem mezi potřebami praxe, konkrétními potřebami studentů, a v neposlední řadě pak s výukou na Univerzitách v Evropské unii a ve světě. Výuka psychosomatiky zahrnuje problematiku napříč všemi hlavními obory medicíny. Vsoučasné době již výuka zaujala své stabilní a pevné místo v curricula výuky na LF MU a je součástí výchovy všech budoucích lékařů studujících na LF MU.



Autorka uvádí vývoj výuky psychosomatické medicíny a komunikace na LF MU od r. 1997, kdy byl předmět vyučován v rámci behaviorální medicíny, pouze jako volitelný. Nyní je vyučován pro všechny směry studia, jako předmět povinný, což je v naší republice prioritní a ojedinělé...

Autorka popisuje koncepci, syllabus a dosavadní ohlasy výuky nejen u studentů, ale i v odborných kruzích a na mezinárodní konferenci děkanů lékařských fakult v ČR a SR.

Doc. PhDr. Marcela Bendová. Ph.D. absolvovala jednooborové studium psychologie na brněnské univerzitě v r. 1965. Profesionální dráhu nastoupila jako psycholog na Psychiatrické klinice, po 3 letech pak na pozici ústavního psychologa na gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice v Brně, kde působí úctyhodných 44 let dodnes. Atestovala z psychologie a psychoterapie, absolvovala sebezkušenostní výcvik v dynamické psychoterapii a pro práci s onkologickými pacienty, absolvovala školící místo v oboru sexuologie u prof. Hyníeho v Praze. V r. 1998 obhájila doktorskou disertační práci a následně habilitovala na téma „Psychoterapie nemocných s karcinomem ovaria.“ Práce obdržela cenu Světového psychoonkologického kongresu v New Yorku. Je členkou newyorské akademie věd, členkou výboru Lymfologické společnosti a 2 oborových rad. Soustavně se věnuje pedagogické a vědecko-výzkumné práci. Je autorkou 10 učebních textů, více jak 90 odborných prací publikovaných v našem i zahraničním písemnictví a 3 výukových videofilmů.

V r. 2005 se stala přednostkou Ústavu psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně, který od základu vybudovala a postupně koncipovala moderní výuku psychosomatiky, komunikačních dovedností a lékařské psychologie. Přednostkou ústavu je doposud.

ČÍŽKOVÁ K. MGR.: KINESTETICKÁ EMPATIE A JEJÍ VYUŽITÍ V TERAPEUTICKÉM VZTAHU (P)

Kinestetická empatie je dovednost, která je využívána zejména v taneční pohybové terapii. Taneční pohybová terapie je psychoterapeutická metoda umožňující rozvíjet dialog, jenž se odehrává v pohybu. Jedním z jejích základních teoretických principů je tvrzení, že tělo a mysl jsou v neustálé reciproční interakci, a že v pohybu se odráží



osobnost jedince. Kinestetická empatie umožňuje terapeutovi emočně reagovat během pozorování, vyladování se a zrcadlení pohybu ve vzájemném pohybovém dialogu. Umožňuje tedy - ať již pouze v pozici svědka, nebo přímo v pohybu - naladit se na prožívání klienta, a vcítit se do toho, „jak se asi cítí člověk, který se zrovna takto pohybuje“. Ačkoli součástí taneční pohybové terapie je i verbalizace, charakteristické je pro ni právě to, že využívá informace, které klient přináší na neverbální rovině. Terapeut při tom respektuje stav, ve kterém se klient nachází „tady a teď“. Průběžně tedy následuje pohybové vedení klienta, vyladuje se na něj, zachytává jeho pohyby, zrcadlí je, a dále pohyb rozvíjí. Během sebezkušenostního workshopu se budeme touto dovedností, jež je nedílnou součástí vztahu mezi terapeutem a klientem v taneční pohybové terapii, prakticky zabývat. Účastníci budou moci prozkoumat možnosti pohybového dialogu a kinestetické empatie v rámci sebezkušenosti. Budeme se také zabývat možnostmi, jak lze využívat kinestetickou empatii při práci s klienty mimo rámec taneční pohybové terapie.

Mgr. Klára Čížková absolvovala jednooborové studium psychologie na FF UK (2003), výcvik tanečně pohybové terapie (pod ADTA), aktuálně je ve skupinovém výcviku v dynamické hlubinně orientované psychoterapii Rafael institutu. Od r. 2005 pracuje jako taneční terapeutka a psycholožka s lidmi po mozkové mrtvici či traumatickém poranění mozku, pracovala s lidmi s mentálním postižením a poruchou autistického spektra. Věnuje se antropologickému studiu tance zaměřenému na specifické taneční formy v ČR a způsob, jakým ovlivňují prožívání člověka, jeho komunikační a výrazové možnosti. Externě vyučuje na HAMU. Byla předsedkyní České asociace taneční a pohybové terapie TANTER (2007 – 2011), koordinovala rozvoj standardů kvality vzdělávání a praxe TP terapeutů v ČR. Podílela se na práci vedoucí ke vzniku Evropské asociace taneční pohybové terapie EADMT (2007-2010) a je zástupkyní TANTER v EADMT.

VLADIMÍR DVOŘÁČEK: ROZHOVOR A KOTVENÍ (W)

Příspěvek k psychoterapii zaměřené na řešení. Krátká terapie kotví: výjimkami, škálováním, otázkou na zázrak, pohledem z budoucna. Sny mohou kotvit způsoby konání snových postav jejich kontextem. Hypnoterapie kotví imaginací objevených řešení a jejich prolínáním s tělesným pohybem. Dílna do 20 osob.



a

PhDr. Vladimír Dvořáček klinický psycholog a psychoterapeut (ten vlevo). Jeden z našich nejvýraznějších psychoterapeutů, znalec nedirektivní hypnózy Milтона Ericksona, které jsme se snad všichni od něho učili. Působí v Brně.

HÁTLOVÁ BĚLA, ADÁMKOVÁ SÉGARD MILENA: PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE, HISTORICKÁ VÝCHODISKA A SOUČASNOST (P)

Člověk s duševní poruchou potřebuje kontinuum péče od hospitalizace až po udržovací a dlouhodobou terapii, jejíž nedílnou součástí je pohybová pasivní, častěji aktivní terapie. Poznatok, že provádění pohybu aktivně pacientem, s uvědomováním si jeho průběhu a účinků, má podstatně vyšší účinnost, než pohyb prováděný terapeutem s pasivním pacientem, vedl ke zvýšení zájmu o takto prováděnou pohybovou terapii – psychomotorickou terapii (v ČR Kinezioterapii). Principy psychomotorické terapie mají své historické kořeny i vědecky ověřované postupy. Psychomotorická terapie má své nezaměnitelné místo v prevenci a léčbě člověka po celé období jeho života. V základu problematiky je rozvoj neuroplasticity a motivace.

Klíčová slova: psychomotorická terapie, kinezioterapie, neuropsychologie, motivace

Doc. PhDr. Běla Hátlová, PhD. Narodena 24.11.1948 Praze, pracuje na pedagogické fakultě v Ústí n.L. Odborné zaměření: kinantropologie se zaměřením na psychologii sportu a kinezioterapii Jmenována docentem 1.5. 2002, Vědecko -pedagogická aktivita realizována v oblasti psychologie sportu a kinezioterapie.

HOGENOVÁ ANNA: TĚLO A ČAS (P)

Tělo a čas. Aristotelské a heideggerovské pojetí času a jeho úloha v tematizaci lidské tělesnosti. Tělesné schéma a jeho propojení s duší, antikarteziánské pojetí těla. Sóma, sarx, péxis. Implikátní a explikátní významy řeči těla. Řeč a ruka z fenomenologického hlediska.



Prof. PhDr. Anna Hogenová, CSc.: (vpravo) Nar: 23:10. 1946, studium na FTVS UK a na FF UK; prof., fenomenologie; přednáší na PedF UK, HTF UK a na PVSPS, má tři děti.

JARMILA KLÍMOVÁ: FILOSOFICKÉ, ETICKÉ, DUCHOVNÍ, POLITICKÉ A EKONOMICKÉ ASPEKTY PSYCHOSOMATICKÉ PRAXE (P)

Žijeme v době hroucení systémů.

Ne nadarmo právě v této epoše znovu vystává entita psychosomatické léčebné praxe, která zde již v minulosti žila mnoho staletí a byla cíleně zapomenuta. Přestaňme předstírat, že psychosomatickou léčebnou praxi lze implementovat do stávajících systémů, které právě žijí a profitují z toho, že komplexnost je mimo jejich zodpovědnost.

Přestaňme z psychosomatiky dělat jakýsi překlenující obor, který mohou využívat ve své praxi superspecializace moderní doby. Pokud chceme, aby psychosomatika v moderní době přežila, udělejme z ní samostatný systém, který nebude násilně implementován do systémů stávajících, byť svou podstatou bude kanibalizovat a ohrožovat stávající dogma.

Vytvořme nový samostatný obor, který se přátelským způsobem buď včlení, nebo nevčlení mezi obory stávající. Obor, který na jejich existenci nebude záviset.

Duchovní a etické aspekty této komplexní péče se ukazují být stále více na naší straně.

Politické a ekonomické jsou pro nás výzvou. Pokud je budeme považovat za nepřátelské, budeme posilovat tento symptom, který přiřadíme k naší práci a tak se staneme my těmi, které je potřeba léčit, protože vykazujeme neblahý symptom v systému, jež je žádoucí odstranit. Nesnažme se hroucení systémů zastavit tím, že do nich budeme včleňovat cizí agens. Ony se zhroutí samy, bez našeho přispění. My se starejme o to, abychom vybudovali systém vlastní, životaschopný, důvěryhodný a ve všech ohledech léčící.

A ještě před závěrem přednášky si dovoluji zmínit jeden aspekt psychosomatiky, který nebyl v zadání, ale který s podstatou psychosomatiky úzce souvisí. Podívejme se na psychosomatiku jako na samoorganizující se systém. Není snad také samoorganizujícím se systémem, který ve všech postupných zákonitostech svého vývoje má všechny předpoklady pro vlastní úspěšný růst a rozvoj? Já jsem přesvědčená, že ano. Má láskyplné a podporující rodiče, které pro něho už tolik udělali.

Motto na závěr:

Dobře zaběhnutá formulace chatrné zásady je vždy působivější než první formulace znamenité zásady.

Budeme se toho i nadále držet?



MUDr. Jarmila Klímová: Vystudovala lékařskou fakultu University Karlovy v Plzni. Je psychiatrem a psychoterapeutem s devítiletou praxí v oboru. Od ledna 1995 pracovala na psychiatrickém oddělení v Mostě, kde se částí úvazku věnovala AT ordinaci. V září 1995 přešla do psychiatrické léčebny v Dobřanech. Zde pracovala na oddělení akutních psychoz, mentálních retardací, terminálních psychotických poruch, doléčovacím stacionáři a neurologickém oddělení. Vedla oddělení neurotických poruch a rok pracovala na ambulanci, kde byla většina práce orientována psychoterapeuticky. V listopadu 1997 složila atestaci z oboru psychiatrie I. stupně. Většinu svého dalšího vzdělávání orientovala opět na psychoterapii. Pod záštitou WHO - Světové zdravotnické organizace absolvovala cyklické vzdělávání v kognitivně behaviorální terapii úzkostných a depresivních poruch. Pod odborným vedením Mgr. Dvořáčka prodělala 100 hodin experienciální sebezkušenosti práce s tělem a kurz v eriksonovské hypnoterapii. V únoru 2000 dokončila 4-letý výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci. V Praze působí od roku 1999, kdy nastoupila do VFN, na oddělení pro léčbu závislostí v Apolináři. Zde pracovala jako vedoucí lékař substitučního metadonového centra. Zde ještě do konce roku 1999 absolvovala pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR akreditační kurz speciálního vzdělávání pro pracovníky substitučních programů. Věnuje se psychiatrické krizové intervenci na pracovišti RIAPS pod Městským centrem sociálních služeb a prevence v Praze. Zkušenosti z této oblasti práce několikrát publikovala v odborném periodiku. Ve své soukromé praxi se specializuje především na problematiku vztahů, párovou a rodinnou terapii a psychosomatiku. Je členem České psychiatrické společnosti J.E.Purkyně a Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii.

KONEČNÝ MARTIN: ZÁKLADNÍ A SPECIALIZOVANÁ PÉČE V ORDINACI PSYCHIATRA A PSYCHOTERAPEUTA (P)

psychiatrická ordinace Oblastní nemocnice Příbram a sociocentrum Proměna Praha 6

Z vyprávění pacientů víme, jak často se psychiatrické praxe mění v kancelář, kde hlavním nástrojem léčby je laserová tiskárna pro bleskový tisk receptů. Na rozhovor s pacientem jaksí nezbývá čas. A tak se paradoxně psychosomatika může stát vítanou pomocnicí i v ordinaci psychiatrie (psychoparadox tkví v nošení psychodříví do psycholesa), přestože jejími hlavními působišti jsou praxe praktických lékařů, internistů a dalších specialistů ze somatických oborů.

Jak tedy vypadá psychosomaticky vedená psychiatrická ordinace? V době mého působení v Nemocnici Ostrov jsem zřídil a vedl specializovanou Psychosomatickou ambulanci, která byla otevřena jednou týdně v prostorách ordinace všeobecné psychiatrie. Velmi rychle si našla své příznivce mezi lékaři praxe, neurology, dokonce i gynekology. Pravidelně do ní posílal své pacienty kolega z Ambulance léčby bolesti.

V psychiatrické a psychoterapeutické ambulanci v Příbrami, kde pracuji od prosince minulého roku, je situace odlišná. Rozdělení na „pouze psychiatrické“, psychoterapeutické a psychosomatické pacienty si musím provádět sám, a někdy se má práce podobá více praxi praktika než psychiatra. Základem je velmi podrobné vstupní vyšetření postavené na rozhovoru, nikoliv na pouhém kladení otázek. Diagnostika v rámci MKN klasifikace se opírá o podrobnější psychopatologický rozbor, než je v psychiatrii zvykem. Zařazení symptomů do klinických obrazů je doplněno o analýzu vnitřní dynamiky onemocnění na úrovni individuálního procesu, kontaktu či systému podle toho, jaká dynamika vystupuje (z pohledu nemocného a/nebo terapeuta) v kontextu onemocnění do popředí. Teprve na základě tohoto podrobnějšího psychopatologického rozboru je vystavěna vhodná strategie léčby.

V závěru přednášky představím pro ilustraci zajímavou kazuistiku neurologicky nemocné ženy, která byla odeslána k psychoterapeutické léčbě z neurologické kliniky jedné pražské nemocnice pod klasifikací konverzních psychosomatických obtíží. Kazuistikou zároveň upozorním na nutnost stále zvažovat také čisté organickou etiologii i u těch pacientů, kteří se jeví jako typicky psychosomatictí.

KONEČNÝ M.: KDY INDIKOVAT U PSYCHOSOMATICKÉHO PACIENTA INDIVIDUÁLNÍ, SKUPINOVOU A KDY RODINNOU TERAPII? (W)

Kdy má být psychoterapie orientována na proces, na vztah a kdy na systém? A kdy do ní zařadit nepsychoterapeutické způsoby léčby? Existují vůbec nějaká rozlišovací kritéria pro volbu jednotlivých terapeutických modalit? Často jsme rádi, pokud je dostupná jakákoliv psychoterapie, důvěřujeme především osobě terapeuta. Jindy se necháváme vést výhradně intuicí a věříme, že psychoterapie má být „orientována především na člověka“. Tam, kde pracuje terapeutický tým, probíhá týmová diskuse o strategii léčby a do ní vstupují různé pohledy i názory na to, co by vlastně měla terapie nemocnému zprostředkovat.

Pokud vás taková diskuse zajímá, je právě pro vás určen tento workshop. V jeho úvodu představím několik kazuistik psychosomatických pacientů a pokusím se ukázat, jakým způsobem zvažuji výběr terapie-terapií ve své praxi. V druhé části workshopu bych rád využil vašich vlastních kazuistik a zkušeností, abychom společně diskutovali o jednotlivých možnostech a postupech léčby, o jejich výhodách a úskalích.

Kontakt: [konecny\(zavinac\)onp.cz](mailto:konecny(zavinac)onp.cz),
[konecny\(zavinac\)psychosomatika.net](mailto:konecny(zavinac)psychosomatika.net)



MUDr. Martin Konečný: jmenuji se Martin Konečný, jsem psychiatr a psychoterapeut. Pracuji jako ambulantní psychiatr a konziliář Oblastní nemocnice Příbram, konziliář sanatoria Na Pleši a soukromý poradce pro oblast psychosomatiky v Centru Proměna na Praze 6. Psychoterapii se věnuji 14 let, psychosomatikou se zabývám 12 let. V minulosti jsem pracoval mj. jako vedoucí Psychosomatické kliniky v Praze a jako primář Psychiatrického oddělení v Ostrově.

KRYL MICHAL: PRÁCE S TĚLEM VE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPII (w)

Oddělení psychoterapeutické a psychosomatické péče, Psychiatrická léčebna Šternberk

V dílně budou prezentovány dvě krátké psychoterapeutické techniky zaměřené na tělesné prožívání, jež jsou pravidelnou součástí terapeutického programu na pracovišti autora. V první z nich účastníci každý individuálně naváží kontakt se svým aktuálním tělesným prožíváním a pokusí se verbalizovat zachycené signály těla. Poté se je mohou pokusit vztáhnout ke své běžné zkušenosti, zejména k mezilidským situacím.

Druhá technika je kontaktní a je zaměřena na sdílení tělesných prožitků při vzájemném dotyku ve dvojici. Tělesné prožitky se ve fázi následného sdílení mohou stát základem uvědomění si své mezilidské situace. Rýsuje se především téma opory, jejího poskytování a přijímání.

Technické podmínky: klidná místnost s podložkami (karimatkami), ev.kobercem

MUDr. Michal Kryl: má 2 atestace z psychiatrie. Výcvik: daseinsanalyticky orientovaný výcvik ve skupinové a komunitní psychoterapii. Kurzy: Autogenní trénink, Práce s tělem v krizi, Psychosomatická a behaviorální medicína, Kognitivně behaviorální terapie. Praxe: Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická klinika FN a LF UP Olomouc — odborný asistent. Výcvikový lektor Pražské vysoké školy psychosociálních studií, lektor odborných kurzů pro SZP, ext. pedagog na katedře psychologie FF UP Olomouc Profesionální zaměření: farmakoterapie a psychoterapie depresivních a úzkostných poruch, psychosomatická problematika, skupinová psychoterapie.



KUNERTOVÁ OLGA: NAŠE PŘEDPOKLADY V PSYCHOTERAPII VÁŽNĚ ONKOLOGICKY A JINAK VÁŽNĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ (P- REZERVNÍ)

Teorie, kterými se řídíme a předpoklady, které máme v souvislosti s naší prací, souvisí nutně s tím, co v terapii se svými klienty děláme, o co usilujeme a čeho si všímáme. Předpoklady jsou zhuštěné příběhy, které považujeme za realitu, sebenaplňující se proroctví. Některé jsou přístupnější diskuzi, jiné méně, některých si ani nejsme vědomi. Nemůžeme se jich zbavit, nemůžeme z nich vystoupit, můžeme je pouze reflektovat, abychom se jimi neřídili slepě a nezavádělo nás to do slepých uliček. Některé předpoklady se nicméně jeví být pro naši praxi užitečnější než jiné, což je samozřejmě opět „jenom“ předpoklad, můj a autorů, z nichž při přemýšlení o své práci čerpám, jako je například Gianfranco Cecchin, Humberto Maturana, Steve de Shazer, Kurt Ludewig a dalších (respektive mých předpokladů o jejich myšlenkách). Je pro terapii prospěšnější, považovat nemoc za trest, za chybu ve vztahu k tělu nebo za téma, jako každé jiné?

V rámci přednášky představím některé oblíbené terapeutické předpoklady a pokusím se nastínit, jak si představuji, že se odrážejí v práci s pacienty, které považujeme za psychosomatické a nastíním předpoklady, kterými se řídíme při své práci s onkologicky a jinak vážně nemocnými pacienty a proč si v Gaudii proti rakovině myslíme, že má psychoterapie takto nemocných smysl.

V rámci workshopu přinesu cvičení sloužící k reflektování vlastních terapeutických předpokladů a práci s nimi.

MUDr. Olga Kunertová je psychoterapeutka, psychiatryně, lektorka vzdělávacích programů. Absolvovala Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci. 15 let praxe v oboru psychoterapie. V roce 1997 získala funkční specializaci v systematické psychoterapii a v roce 1998 osvědčení k výkonu lékařské praxe v oboru psychiatrie. Absolvovala dlouhodobý výcvik ve skupinové psychoterapii, výcvik v ericksonovské terapii, kurzy hypnózy a další kratší kurzy. Stala se akreditovaným supervizorem a lektorem komplexního výcviku v systemickém přístupu, organizovaného Institutem pro systemickou zkušenost – ISZ Praha.



Vedle poradenské, konzultační a supervizní činnosti organizuje vzdělávací, tréninkové a rozvojové programy pro veřejnost, pracovníky pomáhajících profesí a firmy. Zpívá v Pražském smíšeném sboru a ráda plave. Založila Psychoterapeutické centrum Gaudia a sdružení Gaudia proti rakovině, kde působí jako vedoucí terapeutka a odborný garant.

kunertova(a)gaudia.cz

LENZ VIOLA – SIBYLLE A ROEBERS R. S.: TANEČNÍ TERAPIE W (NĚM.)

V rámci workshopu se seznámíte s Labanovými kvalitami pohybu, vývojem dětského pohybového profilu (dle Judith Kestenbergové) a vývojem tělesných změn a změn svalové rytmiky, které mohou vést k zafixování psychosomatických poruch. Předvede také možné intervence.

Viola- Sybille Lenz je taneční a výrazová terapeutka (členka odborné německé společnosti tanečních terapeutů - BTĐ), vystudovala pedagogiku se zaměřením na medicínu a dvanáct let pracuje na Klinice psychiatrie, psychoterapie a psychosomatiky v Altenburgu (Durynsko) s klienty různých diagnóz a různých terapeutických možností. V terapii jednotlivce i skupiny používá nonverbální interakční modely mezi matkou a dítětem ve spojení s možnými důsledky na jejich vazbu a dále využívá pohybové profily dle Kestenbergové.



Stephan Roebers je psychoterapeut, taneční terapeut (BTĐ). Vystudoval speciální pedagogiku, tanec a taneční pedagogiku, absolvent kurzu Life/Art Anny Halprinové. Dvanáct let pracuje ve vlastní praxi, v posledních letech také v akutní klinické péči.

Ve workshopu představí ty části Labanovy pohybové analýzy, které jsou z psychosomatického hlediska úzce spojeny s fázemi dozrávání a které zároveň zahrnují výrazový repertoár pro zpracování emocionálních prožitků.



LEWITOVÁ CLARA- MARIA: PROPRIOCEPCE A EXTEROCEPCE: VNITŘNÍ A VNĚJŠÍ: PROPOJENÝ SVĚT (P)

Jak vnímáme sami sebe, své prostředí, svět kolem – to spoluurčuje naše chování, jednání i naše zdraví. Terapeut může poznat, podle reakcí a chování, že pacient nevnímá přiměřeně. Jsou cesty, jak se to (znovu) (na)učit. Pravdivě vnímat se potřebujeme učit celý život. 1. přijmout vjem: zesílit nebo utlumit, 2. uvědomit si vjem: takový, jaký je.

Bc. Clara Maria Helena Lewitová (dříve Hermachová) je fyzioterapeutka. V průběhu své dlouholeté praxe vytvořila vlastní přístup k léčení pacientů s obtížemi pohybového systému, který dále předává prostřednictvím odborných kurzů, seminářů, supervizí a klinických konzultací. Fyzioterapii funkce přibližuje následujícími slovy: “Fyzioterapie funkce je přístup, ve kterém fyzioterapeut ze struktury těla, napětí měkkých tkání a reaktibility celého pacienta čte o funkci, pohybu, chování, o jeho stavu a možnostech změn ve smyslu optima (směrem k optimu). Terapeutickými vstupy mění napětí a reaktibilitu (vnímání), tím také chování-funkci a vposledku i strukturu směrem k optimu. Podle reakcí pacienta a probíhajících změn mění terapeutické vstupy: terapie je dialog pacienta s terapeutem. Terapeut hledá vhodné postupy a doprovází pacienta při aktivním učení se nových možností regulace napětí, koordinace pohybů, vnímání a (pohybové) životosprávy, optimální pro tohoto neopakovatelného člověka, pacienta. Při čtení, dialogu i učení vycházíme z celku pacienta a všechny kroky terapeutické práce (aktivní i pasivní) se vztahují k tomuto celku.”



JANA LEWITOVÁ: HODINA ZPĚVU

Hlas je znějící výdech. Plyne-li dech přirozeně, je přirozený, zdravý i hlas. Dech i zpěv je dán každému. Lidem však často ve spontánním projevu něco brání a zpěv či mluvení nejdou tak, jak by si přáli. Před 2. světovou válkou v Budapešti rozvinul profesor Szamosi spolu s paní Teresií Blumovou metodu, jak prostým způsobem - blokováním svalů, které se podvědomě napínají a brání volnému výdechu, resp. zpěvu - umožnit návrat ke spontánní, zdravé funkci hlasu. Je to ozdravný a osvobozující proces, protože s uvolněným výdechem hlas optimálně, bez jakéhokoli tlaku, rezonuje, jeho vibrace prospívají celému organismu i celkovému duševnímu rozpoložení.

*MACHANDER R. A.: OVLIVNĚNÍ PSYCHOSOMATICKÉHO TĚLA (W)*

Mysl se podílí na konceptech našeho těla, tělo vnímáme skrze tyto koncepty (psychosomatické tělo) a to ovlivňuje významně léčbu psychosomatických poruch. Tento koncept není jednoduché si plně uvědomit a rozpouštět ho, neboť je povětšinou mimovědomý a svoje představy o těle bereme jako pevně dané. Proto běžná psychoterapeutická léčba rozhovorem, která pracuje spíše s myšlenkami a emocemi není plně účinná. Existují různé postupy, jednodušší i náročnější, které s psychosomatickým tělem zacházejí, uvolňují fixní představy o těle a pomáhají tak významně léčebnému procesu.

MUDr. Antonín R. Machander, lékař a psychoterapeut. Žije a pracuje v Jablonci n.Nisou. vede Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Jablonci.

MALA ANDREA B.A (HONS) M.A RDMP UK: THE BODY AS A VESSEL: A HEURISTIC SEARCH INTO THE PHENOMENON OF SOMATIC COUNTER-TRANSFERENCE (P+W)

This presentation will report on a qualitative investigation into the phenomena of somatic counter-transference present in the therapist after Dance Movement Psychotherapy sessions with children who have experienced domestic abuse. The researcher, and therapist who are the same person, was curious about the physical manifestations that occurred in her body, and left her questioning why they occurred; were they arbitrary or were they counter-transferences which were rooted in therapeutic experience? This presentation presents the case study of the therapist's journey into somatic counter-transference. The research was conducted under the framework of Clark Moustakas (1994) Heuristic approach to methodology, as best suitable for its intensity and absorption in the topic, whilst providing adequate containment from the topic in the structure of the six phases; 'Initial Engagement', 'Immersion', 'Incubation', 'illumination', 'Explication' and 'Creative Synthesis'. The heuristic search was a demanding and lengthy process, the intensity, wonder, intrigue and engagement shifted and changed through many levels of pain and confusion as the researcher attempted to awaken new knowledge about her somatic sensations. Thematic findings were explicated from a triangulation of data collection from; 1. Video diary of the therapist before session, 2. video diary of the therapist after the session, 3. Clinical notes.

Findings are focused on the impact of unspoken about events and their affect on the soma of the therapist, seeing her develop fantasies about rescuing her clients from their perpetrator, and harboring the event itself metaphorically in an image which she moved with after the session. The presentation discusses 'why' this client group possibly transfer unwanted feelings and parts of themselves, onto the therapist and 'how' these feelings are manifested in the body of the therapist. It is suggested that the therapist's body acts as a conduit through which the client's finds their voice via the feelings, movements and physiological well being of the therapist.

The research attempts to find meaning and ways in which to describe not only the moving image but the physical manifestation of the client's feelings in the body of the therapist. In doing so it draws upon ideas of dance movement psychotherapists' body psychotherapists', and experiential anatomists', concluding that trauma can affect the functionality of the body, and as a result reorganize its anatomical base. However the researcher suggests it is possible to find understanding and possible healing if the therapist is aware of the totality of their response to their clients within the inter-subjective relationship. It is then that the phenomena of somatic counter-transference

can be illuminated and used to support the therapeutic process. The future of this research continues to look at questions about how and what therapist's respond to within the therapeutic relationship with clients who have been deeply traumatized. And, asks firstly if the therapist's are becoming vicariously traumatised, and secondly, how can they be effective rather than just affected when working in this field.

ANDREA MALA B. A (HONS) M.A RDMP UK Dance Movement Psychotherapist at the Psychosomatic Clinic Prague.

Guest lecturer for DMP training programs at QM University Edinburgh, Academic School of Art Therapy at Riga Stradins University and the independent training programme in Croatia

Email: andreanundy991@hotmail.com

Website: www.dancetherapy.cz



MARTÁSKOVÁ D.: DUCHOVNÍ TERAPEUTICKÁ PÉČE V NEMOCNICI (P)

Můžeme s hrdostí již říct, že pracujeme v souřadnicích, ve kterých víme, že somatické onemocnění může mít kořeny v psychice pacienta a somatické onemocnění ovlivňuje psychiku pacienta.

O krok dále je celostní pojetí medicíny – bio psycho-sociálně duchovní pojetí člověka. V tomto pojetí rozumíme, že se všechny roviny lidství navzájem prolínají a nesoulad nebo léze jedné roviny zásadně naruší všechny ostatní.

Z psychologie religiozity a antropologie víme o tom, že spiritualita a religiozita patří do genetického vybavení člověka. Měli bychom toto porozumění začlenit i do terapie, léčby somatických onemocnění...

Každý člověk přesahuje svoji biologickou existenci. Jestliže nerespektujeme své niterné potřeby, jestliže výrazně popíráme své vnitřní směřování, má to dopad na další složky naší existence v somatické, psychické i sociální rovině.

☐ každý člověk potřebuje „nějak“ rozumět svému životu v širším kontextu

☐ každému člověku o něco v životě jde, má někam „namířeno“

- ☐ každý člověk má své hodnoty
- ☐ každý člověk má své „posvátno“

Hlavním zdrojem léčebné síly duchovní terapie v nemocnici je mobilizace a zapojení širších struktur vědomí a porozumění, přivracení člověka k sobě samému, „dívání“ se na individuální hodnoty, smysl, otevření jiných vnitřních možností, přeskupení hodnot, zkoumání kam jedinec směřuje, co ještě může...

Jestliže se při léčbě neuvažuje tímto směrem, téměř nikdy nemůže dojít k uzdravení.

Cílená duchovní terapie nesmírně podporuje léčení somatických onemocnění a dá se říct, že propojení duchovní a somatické léčby narovnává i psychiku a sociabilitu člověka.

MORCINEK TOMÁŠ: K ČEMU POTŘEBUJEME TĚLO V PSYCHOTERAPII?(P-REZ)

Tělo může být v psychoterapii využito jako diagnostický nástroj, jako kanál působení na klienta, jako kanál vyjádření a abreakce i jako místo kotvení prožívání. Tím, že tělo je hmotné a vlastností hmoty je prostor a čas, tělo umožňuje také využití prostoru a jeho vlastností v psychotherapeutickém procesu. Každá z těchto možností pak má různé konkrétní podoby jak může být využita v psychoterapii.

Význam těla v psychoterapii ale není zdaleka omezen jen na body-psychotherapii, jejíž jednotlivé směry mají rozpracované různé koncepty a přístupy, jak tělo v psychoterapii využít, a vědomě a záměrně tyto možnosti využívají. Dle výzkumů i zkušenosti se zdá, že tělo musí být přítomno a účastno téměř každého úspěšného procesu změn pokud jde o hlubší a trvalejší změny osobnostních vzorců jedince. Tedy i v případě psychotherapií verbálních, které nemají tělo ve svém teoretickém konceptu zahrnuté.

MUDr. Tomáš Morcinek, Absolvent 1. lékařské fakulty UK Praha (1992), dvě atestace z psychiatrie (2001, 2005), funkční specializace v systematické psychotherapii (2004). Dříve působil na Psychiatrické klinice 1. LF a VFN a v Psychiatrické léčebně Bohnice v Praze. Od roku 2003 se věnuje individuální a skupinové psychotherapii dospělých na současném pracovišti.



Je absolventem 5letého výcviku v dynamicky orientované skupinové psychotherapii (1996) a 6letého výcviku v psychotherapii zaměřené na tělo (2008), výcviku v metodě EMDR (2009) a dále kurzu neverbálních technik a dalších kurzů a seminářů.

Pracuje integrativním přístupem s využitím prvků z psychoterapie zaměřené na tělo i metody EMDR.

ODSTRČIL PETR: MOŽNOSTI PRÁCE S KLIENTEM V TĚLOVĚ ORIENTOVANÉ PSYCHOTERAPII SE ZACHOVÁNÍM FYZICKY NEKONTAKTNÍ VZDÁLENOSTI. (P-REZERVNÍ)

Při léčbě psychosomatických poruch je pozornost v terapeutickém poli převážně fokusovaná na fyzické oblasti. Je zřejmé, že se zde mohou projevovat emoční, nebo traumatické události, které vznikly v dávné osobní historii klienta a byly zapomenuty, disociovány, či jinak zpracovány obrannými mechanismy. Tělo však nezapomíná. Jako psychoterapeut somatické psychoterapie Biosyntézy mám na paměti slova jejího zakladatele Davida Boadelly že „jeden gram kontaktu je za tunu slov“. Samozřejmě se také snažím být se svými klienty v dobrém kontaktu. Verbální kontakt myslím většinou dobře zvládnou, jelikož jsem v něm od ranného dětství systematicky trénován. Kontakt s duší mojí, nebo duší světa a lidí je myslím na mé vnitřní práci dospívajícího člověka. Jak ale vytvořit dobrý kontakt s tělem vlastním, nebo tělem klienta či klientky? Zde často narážím na problémy, nejen u mne – se dotýkat, ale i problémy u klienta nebo klientky – být dotýkán. Nejsm si nikdy jistý, že když se jednoduše klienta nebo klientky zeptám „mohu se vás dotknout“, že je mi tázaný v tu chvíli schopen sdělit skutečnou míru potřeby být dotýkán. Když k tomu přidáme veliký balík témat, jako jsou: projekce, introjekce, kontratransference a jiné kontaktní mechanismy, které se značně akcelerují při fyzickém dotýkání klienta, není divu, že leckterý terapeut do fyzického kontaktu s klientem, kromě podání ruky prostě nevstupuje.

V přednášce se budu zabývat konkrétními možnostmi, jak pracovat na tělesné úrovni klienta či klientky bez toho, abychom vstupovali do přímého fyzického kontaktu. Možnosti budou převážně vycházet z přístupů uplatňovaných v somatické psychoterapii Biosyntézy.

Mgr. Petr Odstrčil Vystudoval jsem obor vzdělávání dospělých na Univerzitě J. A. Komenského v Praze. Od roku 1994 mám soukromou psychoterapeutickou praxi, kde pracuji převážně s dospělými klienty. V individuální, párové a skupinové terapii se zabývám širokým spektrem témat. Ve svých přístupech využívám především metody Biosyntézy, PBSP a Gestalt psychoterapie. V letech 1995 až 1999 jsem současně pracoval jako pracovník telefonické krizové intervence.



Dále se věnuji vedení seberozvojových skupin a relaxačních kurzů. V oblasti řízení a managementu pak facilitaci řešících skupin a koordinaci pracovních týmů.

Od roku 1998 také spolupracuji s neziskovými organizacemi v sociální sféře. Pracuji zde jako supervizor a lektor akreditovaných vzdělávacích programů „Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením“, „Problematika sexuality u lidí s mentálním postižením“ a „Psychosociální výcvik“.

PALUSKOVÁ KVĚTA: PRÁCE S TĚLEM V BIODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPII“ (P)

Biodynamická psychoterapie, jedna z metod psychoterapie zaměřené na tělo, byla vyvinuta norskou psycholožkou Gerdou Boyesen a navazuje na učení Wilhelma Reicha, zdůrazňující práci na tělesných a charakterových blokáдах, tzv. „pancířích“, které představují tělesné ukotvení neuros.

Životní prožitky a traumata zanechávají stopy v různě hlubokých vrstvách a v různých orgánech našeho těla. Energetickými cvičeními, prací s dechem a masážemi na určitých klíčových bodech těla proniknou konflikty uložené v těle do vědomí a pomalu se uvolňují. Důležitým principem biodynamiky je nezkoušet odstranit blokády násilím pomocí stressu a bolesti, nýbrž nechat je pomalu „roztát“. Tím dochází k vyrovnání vegetativního nervového systému, tzn. k rovnováze mezi napětím a uvolněním. Organismus se vegetativně čistí a učí se znovu sám sebe regulovat. Životní energie, která byla napětími blokována, může znovu volně proudit, sebeuzdravující síly se mobilisují.

Metodika práce v biodynamické psychoterapii sestává ze tří hlavních směrů:



Reichianské vegetoterapie, biodynamických masáží, vyvinutých Gerdou Boyesen z tzv. dynamické fyzioterapie a organické psychoterapie používající některé speciální verbální techniky.

RNDr. Květa Palusková - nar. 1943, vystudovala přírodní vědy na universitách v Praze a v Hamburku. Při studiu přírodních věd se seznámila s pracemi W. Reicha a to ji posléze přivedlo k psychoterapii. Absolvovala výcvik v biodynamické psychologii a psychoterapii a je držitelkou německé státní zkoušky, umožňující vykonávat psychoterapii jako "heilpraktiker". V letech 1993 až 2005 se věnovala individuální i skupinové terapii v Hamburku, od roku 2005 rovněž v Praze. Od roku 2003 působí rovněž jako výcviková lektorka ve výcvicích biodynamické psychoterapie v České Republice a jako lektorka dalších kurzů z oblasti psychoterapie zaměřené na tělo a poruch příjmu potravy.

PELKOVÁ L.: KIP V LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH (W)

Katatymně imaginativní psychoterapie (KIP) je mezinárodně uznávaný, odborně fundovaný a ověřený přístup. Náleží mezi hlubinné psychotherapeutické metody vycházející na jedné straně z moderních psychoanalytických a psychodynamických teorií a na druhé straně využívá letitými zkušenostmi propracované technické prostředky. KIP umožňuje propracování konfliktů, otevření zdrojů a podporu kreativních procesů.

KIP užívá imaginací k symbolickému zobrazení vnitřní skutečnosti. Imaginovaný materiál je propracován v následných pohovorech. V průběhu imaginace může terapeut pacienta provázet, chránit před nadměrnou úzkostí, podporovat jej k dalším exploracím, podpořit jej v konfrontaci s konfliktním materiálem, povzbudit ho k novým způsobům jednání a vztahování, a pod. V pohovorech se obsahy prožité, prozkoumané a propracované v imaginacích spojují s aktuálními konflikty a životními osudy s cílem integrovat je v biografickém kontextu.

KIP se velmi osvědčila v léčbě neurotických, funkčních a psychosomatických obtíží. KIP se uplatňuje také v rámci krizových intervencí, při práci s traumatem a v psychoterapii osobnostních poruch. Metoda KIP je vhodná jak pro krátkodobé, tak i pro dlouhodobé terapie, osvědčuje se v práci s dospělými, s dětmi i s dospívajícími. Kromě klasického využití v individuální terapii lze KIP modifikovat i pro práci se skupinami a v párovém settingu.

Odborné uznání KIP dokládá množství literatury (především z německy mluvících oblastí) a skutečnost, že KIP patří mezi psychotherapeutické přístupy, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami v řadě evropských zemí. Katatymně imaginativní psychoterapie je vybudovaná s didaktickým zřetelem a jasně strukturovaná na základní, střední a vyšší stupeň a tak se dá dobře zprostředkovat a vyučovat.

Užití KIP u psychosomaticky nemocných je smysluplné z mnohých důvodů. Účinné terapeutické faktory jako psychické a vegetativní uvolnění, posilování pozitivních subjektivních a objektivních reprezentací a možnost jednání „na zkoušku“ napomáhají k emočnímu a vjemovému diferencování, vedou ke spontánnímu zlepšení tělesných pocitů a k posílení pocitu vlastní hodnoty.

Workshop má část teoretickou a část sebezkušenostní, **kreslící potřeby s sebou**.



Leuner, H.: Katatymně imaginativní psychoterapie. Portál, Praha 2007

Kast, V.: Dynamika symbolů. Portál, Praha 2000

Wilke E., Leuner H. (Hrsg.): Das katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern 1990 (vergriffen)

Klessmann, E., Klessmann H.-A.: Heiliges Fasten – heillosos Fressen: Die Angst der Magersüchtigen vor dem Mittelmaß. Huber, Bern 1988.

PhDr. Lucie Pelková, PhD. v roce 1992 ukončila studium jednooborové psychologie na FF UK, v roce 2000 pak doktorandské studium (disertační práce na téma souvislostí mezi pracovní a životní spokojeností a psychosomatickým zdravím). Klíčovou pro profesní

nasměrování byla pracovní zkušenost z osmiměsíční stáže na Klinice pro psychosomatiku a psychoterapii v Aulendorfu (SRN).

Pracuje na Psychiatrické klinice VFN Praha – před mateřstvím v Krizovém centru a od r. 2003 na Specializované jednotce pro poruchy příjmu potravy pod vedením Doc. Papežové.

Je výcvikovou terapeutkou v katatymně – imaginativní psychoterapii a v současnosti je členkou organizačního výboru pro 11. mezinárodní kongres KIP, který se bude konat v červnu 2007 v Praze. Je matkou dvou dětí.

PONĚŠICKÝ JAN: CO LÉČÍ VE VZTAHU? (P)

Přednáška se bude zabývat následujícími tématy:

- Anamnesy pacientů, naše osobní i terapeutická zkušenost nás učí, že tak, jak okolí (terapeut) zachází se mnou, budu zacházet se sebou i ostatními, a tak, jaký si okolí (terapeut) o mne vytvoří obraz, tak se budu sám vidět, a jaký vztah bude okolí (terapeut) ke mně mít, takový vztah budu mít sám k sobě. Samozřejmě narazí tyto tendence okolí na vlastní „etický odpor“ (Levinas), vlastní chování i představu o sobě, přesto však působí.
- Co by mělo tento proces facilitovat ?
- Novou zkušenost člověk udělá tehdy, když se pro ni otevře.
- Otevření – pro to staré i pro to nové - se musí udát napřed u terapeuta, který by měl pochopit úzkost pacienta z retraumatizace a odtud jeho obrany či maladaptivní nepřímé způsoby dosahování uspokojení vlastních potřeb. Terapeut musí v sobě vytvořit prostor, do kterého se pacient může vztáhnout bez obav (jenž terapeuta zprvu testuje).
- Analýza starých přenosů má za cíl nekontaminovat přítomné vztahy a tím umožnit autentické setkání.
- To vyžaduje i na straně psychoterapeuta analyzovat vlastní protipřenos, včetně toho, zda máme obavu se dát k dispozici pro spoluprožití přenosu od pacienta, či obavu ze ztráty své terapeutické kompetence atd. Vždy něco svým postojem posilujeme, vítáme a něco vidíme kriticky – i to je třeba zkoumat.
- Jak léčí autentické setkání? Pacient zjistí, že je takováto interakce, takovýto vztah přece jen možný, je to pro něj silný osvobozující zážitek, který bude vyhledávat i mimo terapii.
- Proto je třeba pacientovi v terapii zprostředkovat následující zkušenost: když se ke mně chováš tak a tak (včetně „symptomového chování“), tak to ve mně vyvolá to a to a mám tendenci tímto způsobem reagovat. A na druhé straně: v té a té interpersonální situaci (i mezi námi) bych na vašem místě prožíval – event. místo psychosomatického symptomu – to a to. Tento postup je inherentní jak interakční, tak i mentalizační psychoterapii, které se doporučují v psychosomatice.
- Tomu všemu je podkladem postoj terapeuta k pacientovi a k jeho strádání, lze dokonce hovořit o psychoterapii postojem.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, psychiatr a psycholog, absolvoval v Československu a po své emigraci i v Německu psychoanalytický individuální i skupinový výcvik. V současné době se věnuje výuce psychoterapie a psychosomatiky na PVŠPS a FHS v Praze a na Psychoterapeutickém a psychoanalytickém institutu v Drážďanech a v Lipsku. Věnuje se též individuálnímu i skupinovému výcviku a je vedoucím Balintovských skupin. Podruhé bude udělena během konference cena Jana Poněšického dotovaná 1000EU.



STACKEOVÁ DANIELA: VYUŽITÍ KINEZIOTERAPIE V TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ

Pozitivní vliv pohybové aktivity na psychiku je věcí obecně známou. Příspěvek přináší informaci o možnosti využití cílené pohybové aktivity v terapii psychiatrických a psychosomatických pacientů neboli kinezioterapie. Její indikace vychází ze znalosti psychosomatických vztahů v rámci pohybového systému a z poznatků o specifickém vlivu jednotlivých druhů/typů pohybové aktivity na psychiku.

Vliv pohybu na psychiku lze obecně popsat jako anxiolytický, antidepressivní a abreaktivní (ve smyslu odreagování od stresu). Kromě těchto účinků pohybu můžeme v cílené terapii využít i specifických psychosomatických vazeb, např. balanční schopnosti a stabilita se zhoršují při vyšší hladině úzkosti a naopak – balanční cvičení úzkostné prožívání snižují.

K pochopení vlivu pohybové aktivity na psychiku významně přispěl také Csicszentmihalyiho koncept prožitku flow. Jedná se o prožitek pohroužení do prováděné aktivity, při kterém prožíváme vnitřní harmonii a uspořádanost, uspokojení pouze z provádění dané činnosti bez vazby na její výsledek, přestáváme vnímat čas a pociťujeme schopnost dokonalého soustředění a vnitřního klidu. Prožitek flow při pohybové aktivitě může být velmi intenzivní s meditačním nábojem a může být významným faktorem zvyšujícím kvalitu života.

Většina vědeckých studií se shoduje v tom, že právě u psychiatrických a psychosomatických pacientů vykazuje pohybová aktivita větší efekt než u osob zdravých. U těch bývá preventivní vliv pohybové aktivity na psychiku nazýván kinezioprotekcí. Bylo jí věnováno mnoho pozornosti ve sportovní psychologii. U výkonnostních sportovců bývá vlivem provádění dané sportovní aktivity popisováno lepší psychické zdraví. Zásadní studie zabývající se touto problematikou byla provedena s použitím testu POMS pro diagnostiku psychického stavu. Bylo zjištěno, že sportovci vykazují nižší hodnoty v položkách T, D, A, F a C a vyšší hodnoty v položce V. Tento jen bývá nazýván „iceberg profile“. Psychologické benefity pohybové aktivity jsou často hlavním motivačním faktorem u řady jedinců, kteří se různým druhům cvičení a kondičnímu sportování věnují.

Pohybová aktivita kromě zmíněných účinků také významně ovlivňuje vnímání těla, které se stává „reálnější“ (vyšší aferencí z proprioreceptorů), a může se měnit i vztah k tělu, které přináší nové



prožitky pohybu v prostoru, zprostředkuje změnu psychického stavu a to vše může sehrát důležitou roli v prevenci vzniku i v terapii psychosomatických onemocnění. V neposlední řadě může být pohyb i prostředkem, jak měnit tělesnou hmotnost a vzhled těla, které se pak stává „produktem“ naší vůle a to významně mění náš vztah k němu. Na druhou stranu tento aspekt pohybové aktivity může být i zdrojem potencionální patologie u disponovaných jedinců jako např. u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy.

PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D. (*1972): Absolvovala magisterské studium fyzioterapie na FTVS UK v Praze se specializací na somatopsychoterapii a postgraduální studium i rigorózní zkoušku na téže fakultě. Od 1999 se věnuje pedagogické práci na katedře fyzioterapie FTVS UK, kde vyučuje psychologické předměty a psychosomatiku. Zabývá se rovněž problematikou fitness a zdravého způsobu života. Kontakt: stackeova@volny.cz.

STEHLÍKOVÁ LEŠKOVÁ M.: IMPROVIZÁCIA AKO MIESTO STRETNUTIA SO SEBOU A S INÝMI (W)

V rámci tohto WS vytvoríme priestor pre aktívne zážitkové spoznanie improvizácie s elementmi autentického pohybu a imaginácie. V momente, kedy vstupujeme do komunikácie a vzťahu s iným, vzniká spoločný „prechodový“ priestor, v ktorom sa stretávajú naše svety. Čím lepšie sa poznám, čím lepšie sa orientujem vo svojich (ne)pohybových preferenciách, čím viac sa akceptujem, tým ľahšie dokážem odlíšiť, čo „je moje a čo jej“, aktívnejšie jej dokážem vytvoriť priestor a vyjadriť autentické prijatie, čím efektívne facilitujem proces zmeny. WS má byť povzbudením k prijatiu seba a iných, presne takí, akí sme...

Mgr. Monika L. Stehlíková je tanečná terapeutka, psychologička, inštruktorka improvizácie v pohybe, tanci a symbolike tela. Vyštudovala jednodborovú psychológiu



na FF Trnavskej Univerzity v Trnave, absolvovala výcvik tanečnej a pohybovej psychoterapie zastrešený ADMP UK. V kontexte TPT pracuje viac ako desať rokov. Orientuje sa zvlášť na klientelu dospelých, má súkromnú prax a momentálne rozvíja spoluprácu s viacerými tréningovými spoločnosťami a korporáciami.

STROBACHOVÁ INGRID: HRA, TĚLESNOST A ZAUJETÍ - ANEB: "PANE, POJĎTE SI HRÁT".

V poslední době se snažím zvažovat možné otevřené cesty našeho zaujetí (v pochopení filosofie jako zaujetí) a tělo tam nepochybně také musí mít své místo. Ty cesty hledám ve hře, snění a básnění. (I v souvislostech psychoterapeutických.)

Tak snad bych začala zase jednou hrou a příspěvek bych nazvala: Hra, tělesnost a zaujetí - aneb: "Pane, poďte si hrát".



PhDr. Ingrid Strobachová přednáší od roku 1991 filosofii na 2. lékařské fakultě v Praze. (Do té doby jako dětský klinický psycholog na poliklinice.) Soukromá praxe orientovaná na děti a psychosomatiku.

SYROVÁTKOVÁ RADANA: RANÝ POHYBOVÝ VÝVOJ VE SVĚTLE SOMATICKÝCH PROJEVŮ „JÁ“ A NAOPAK (P)

V procesu raného vývoje dítěte při přechodu ze symbiotického splývání s matkou do jednotlivých fází separačně individuálního procesu dochází k postupnému vymezení hranic já na somaticko-pohybové rovině. Tento proces se děje ze dvou stran, kdy vnější a vnitřní vrstva této hranice je prostorem, jež se postupně zmenšuje, a dvě části hranice splynou. Při nedokončení takového procesu z jakéhokoliv důvodu vzniká prostor pro somatický symbol. Přednáška se zabývá psychosomatickými symptomy očima tanečně pohybové terapie.

SYROVÁTKOVÁ RADANA: TĚLO V SUPERVIZI, SUPERVIZE V TĚLE (W)

Workshop účastníkům umožní nahlédnout do supervizní práce vedené formou somaticko-pohybových asociací, které jsou základem práce tanečního a pohybového terapeuta. Účastníci mohou v takové práci nejen supervidovat svá donesená témata, ale i objevit jiný zdroj informací o své práci a svých klientech. Pracovat budeme zejména s předpokladem, že každý jednatel má sadu v těle zažitých a tělem vnímaných zážitků, které nabývají významu zejména v momentě, kdy pracujeme v terapii se situacemi fixovanými na tělo (somatická nemoc, psychosomatický projev, rané preverbální období).

MUDr. Radana Syrovátková, BC-DMT vystudovala všeobecné lékařství na 1. LF UK Praha, atestovala v oboru psychiatrie, získala licenci pro samostatný výkon praxe a supervize v oboru psychiatrie a funkční specializaci v psychoterapii. Absolvovala psychoterapeutické výcviky: SUR (Skálův Institut), TPT (pod ADTA) a výcvik v supervizi (ČIS – Český institut pro supervizi). Je registrovanou taneční terapeutkou ADTA pro supervizi a lektorování (BC-DMT). Její dlouholetá praxe v TPT zahrnuje práci s dětmi z dětských domovů, se skupinami matek s dětmi a s širokým spektrem psychiatrických a psychosomatických klientů. Je členkou vzdělávací komise pro výcvikové standardy EADMT, supervizně pracuje s týmy i jednotlivci (supervize TPT, terapeutického tance, psychoterapie, oblast sociální a institucionální péče). Externě vyučuje pro Pražskou vysokou školu psychosociálních studií, Univerzitu Palackého v Olomouci (Projekt Expresivní terapeutické metody v institucionální výchově), FTVS a TANTER. Je zakladatelkou České asociace taneční pohybové terapie TANTER



VÁCHA O. M.: JAK JE TO S DUŠÍ NA LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH?

Filosof Hans Jonas (+ 1993) označuje současné sebechápání člověka jako „panmechanistické“ a přesvědčivě uvádí, že současný zájem o měřitelná data je, naneštěstí, často provázen nemenším nezájmem o svět neměřitelná. Panmechanistické paradigma se logicky promítá i do osnov studia budoucích lékařů, určitou setrvačností se stále udržuje v curriculech lékařských fakult a vědy nepracující zcela s „hard data“ jako je psychosomatika či etika si jen s obtížemi razí cesty do školních osnov. V současnosti ale snad lze vnímat určitý posun. V přednášce je argumentováno, že citlivost na svět neměřitelná přinejmenším u našich mediků (3. LF UK) stoupá a s ním i vědomí, že znalost těla člověka není vše. Parafrází slov Hanse Jonase, stále více studentů nahlas říká, že císař je oblečený.

P. Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D. (* 14. září 1966 Brno) je český římskokatolický kněz, teolog, přírodovědec, pedagog a spisovatel. Je farářem lechovické farnosti, farním vikářem (kaplanem) Římskokatolické akademické farnosti při kostele Nejsvětějšího Salvátora (jejímž farářem je Tomáš Halík)[1] a přednostou Ústavu etiky na



3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.[2] Specializuje se na otázky evoluční biologie a lékařské i environmentální etiky. Ve skautu získal přezdívku „Orko“ (= zkratka pro „Orlí oko“).[3].D.

VANČURA MICHAEL: TĚLO: CESTA TAM A ZASE ZPĚT. /PARADIGMA, PSYCHÓZA, SPIRITUALITA, SEXUALITA, PBSP/ (W)

Co je v pozadí kolapsu paradigmat. V jakém paradigmatu operuje klient, když prožívá psychózu a v jakém jsme my v pozici terapeutů.

Jak musíme pracovat na vlastní změně paradigmatu my jako terapeuti, abychom mohli vytvořit rámec možnosti změny pro klienta.

Na dvou příbežích klientů bych chtěl ukázat, jaká historie předcházela jejich hospitalizacím, léčbě, diagnózám. "Cestu tam". Popsat praktickou část terapeutických elementů, které byly použity. Vysvětlit vrstvu teorie PBSP, které se říká zaplňování mezer v rolích. Vztáhnout tuto teorii ke kapacitě těla z hlediska akceptování a prožívání energií. Zamyslet se nad tím, že psychóza otevírá širší možnosti těla i mysli. Jak v symptomech rozpoznat elementy toho, co nazýváme "spiritualitou" a jak využít tyto elementy jako magnetu změny na "cestě zpět". Jaké jsou možnosti, které pomáhají otevřít, zprůchodnit tunel- tělo a jaké z toho vyplývají závěry.

Mgr. Michael Vančura, klinický psycholog a psychoterapeut se většinu svého profesionálního života pohybuje v hraničních disciplínách svého oboru. Jeho hlavním tématem je tak zvaná psychospirituální krize, kterou klasická psychiatrie dosud neuznává. K alternativním metodám léčby psychických potíží založil a řídí neziskovou organizaci Diabasis. Je uznávaným odborníkem na holotropní dýchání, které je jednou z mnoha cest ke změně stavů vědomí, což je pole, na kterém se dlouhodobě pohybuje.



VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ ALENA: ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKA ZMĚNA PARADIGMATU

Nemoci somatopsychické a nemoci psychosomatické, Chicagská sedma Alexandra a Dunbarové a pozdější revize, koncept somatoformních poruch v MKN 10, somatizace jako obranný a konverzní mechanismus - patologie vyhrazená pro úzkou skupinu nemocných - somatizérů. Psychosomatika do revoluce jako pojem takřka esoterický, alternativní, v r 1993 ve WHO úvaha, že není třeba jej používat, protože se týká implicitně všech nemocí a všech lidí. Psychosomatika jako vysvětlení nemocí, emoce škodí. Stresová teorie, výzkum emocí. Postupně nastala změna pohledu na emoce - emoce jako dar těla, homeostatický informační kanál, vždy přítomný, nelze nemít emoce, lze je vědomě i nevědomě - potlačit, nejčastěji do těla. Změna pohledu: ztělesňování probíhá neustále u všech lidí, slovo (myšlenka) se stává tělem, psychosomatika se explicitně týká nejen všech nemocí a všech lidí, ale probíhá i ve stavu zdraví, případný příznak je informací pro druhého ve vztahu či pro rodinu. V tomto světle somatoformní poruchy jsou poruchami vědomého bytí. K vědomému bytí tady a teď podstatně pomáhají na tělo a na potřeby orientované terapie - kterým je věnována konference. Konferenci zdar!

MUDr. Alena Večeřová- Procházková: V roce 1996 promovala na 1. LF UK v Praze. Po ukončení studia působila jako sekundární lékařka v Psychiatrické léčebně Praha 8 – Bohnicích až do r. 2004, kde získala atestace 1. i 2. stupně ve všeobecné psychiatrii (1999, 2002). V tomto období rovněž působila jako odborná asistentka (vyučující) na Katedře psychiatrie IPVZ. V r. 2001 ukončila sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik ve Skálově Institutu zaměřený na dynamickou psychoterapii závislostí, v r. 2008 získala funkční specializaci v psychoterapii. V letech 2001-2003 pracovala jako odborný konzultant na oddělení pro stacionární léčbu závislostí v adolescenci Alternativa Praha 9. Od r. 2001 pracuje jako samostatná psychoterapeutka v Institutu pro výzkum rodiny (IVR), kde vedla skupinu pro abstinující adolescentní toxikomany, dále skupinu pro jejich rodiče a skupinu osobnostního rozvoje. Vede klienty v procesu individuální, párové i rodinné terapie. V současnosti kromě působení v Gyncare (od r. 2004) a IVR působí jako lektorka ve výcviku psychoterapeutů, angažuje se ve výuce budoucích psychiatrů i v odborných přednáškách pro algeziology a praktické lékaře v rámci kurzů pořádaných IPVZ, ČLK a odbornými společnostmi. Hlavní profesní zájem zahrnuje psychosomatiku, deprese a úzkostné poruchy, závislosti, poruchy osobnosti. Je podruhé vdaná, má 3 děti.



VINDUŠKOVÁ IVA: MOŽNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ LÉČBY V RÁMCI DENNÍHO STACIONÁŘE V ČESKÉ LÍPĚ (POSTER)

O vhodnosti kombinace psychoterapie a farmakoterapie na poli psychiatrie se již otevřeně diskutuje a prakticky se tato léčba na mnoha místech aplikuje.

O využití tohoto přístupu u chronických somatických příznaků se tolik nemluví. Můžeme se s ním setkat ve fakultních nemocnicích, psychiatrických léčebnách či specializovaných pracovištích v Praze a krajských městech.

Způsob, jak umožnit psychosomatickou léčbu pacientům, kteří bydlí v České Lípě a jejím okolí, jsem hledala roky a na jeho zlepšování neustále pracujeme.

Základem naší psychoterapeutické práce je skupinová terapie s pacienty a jejich rodinami, kteří přicházejí, jak s fyzickými, tak psychickými potížemi. Zjistila jsem, že pacienti se navzájem mohou pozitivně ovlivňovat, spolupracovat, učit se, přestože jedni patří léčbou spíše do oblasti somatických oborů a druzí do ranku psychiatrie. Skupina je otevřená, řízená a má jasnou strukturu.

Aby léčba těchto dvou skupin probíhala úspěšně, je třeba věnovat pozornost připravenosti pacientů k terapii. K tomu slouží společné skupinové a mimoskupinové aktivity klientů ze stacionáře a ambulance, které podporují naději a připravenost k terapii. Snažíme se, aby klient do denního stacionáře vstoupil již s určitou mírou motivace a odpovědnosti za změny v životě. Každý klient má vytvořen individuální plán frekvence docházky a terapeutický program s možností aktuálních změn. Léčba vychází z integrované psychoterapie, kde jádro programu tvoří rodinná systemická psychoterapie, dynamické psychoterapie, NLP, hypnoterapie a bodyterapie.

Denní stacionář rozšířil psychiatrickou a psychoterapeutickou ambulanci v březnu r. 2009.

V současnosti pracují v Isidě tři stálí terapeuti, pět externích terapeutů a čtyři zdravotní sestry.

Tab. 1.: Počet ošetřených klientů v jednotlivých letech

Rok	Celkový počet ošetřených klientů	Celkový počet klientů v DS	Celkový počet mužů v DS za rok	Celkový počet žen v DS za rok
2009	463	41	6	35
2010	438	40	6	34
2011	359	53	11	42
2012 za I. pololetí	249	42	11	31

Závěr: Ambulantní skupinová terapie a program denního stacionáře se mohou v rámci jednoho zařízení vzájemně doplňovat a podporovat. Otevřené skupiny umožňují vytvořit prostředí, kde se pacienti připravují na vstup do denního stacionáře a pokud situace vyžaduje, vrátit se v terapii i o krok zpět, aniž by se pacient cítil vyčleněn. Společná přítomnost pacientů s psychickými i tělesnými obtížemi vede nejen k obohacení obou skupin, ale i ke snížení psychiatrické stigmatizace. V České Lípě vzniklo psychosomatické centrum, kde ošetřujeme pacienty místní i ze vzdálených lokalit, pro které je cestování do krajského či hlavního města překážkou v terapii, nemohou nebo nechtějí přijmout pobyt na psychoterapeutickém oddělení. Léčbu v Isidě vnímám jako ozdravně - preventivní program s vlivem na pacienta i jeho okolí.

ISIDA centrum s.r.o., Česká Lípa

MUDr. Iva Vindušková, původně pracovala na neurologii, později na psychiatrii, nyní jako psychiatr a psychoterapeutka vede stacionář ISIDA v Č.Lípě.



WEIDENFELD ELI: TĚLOVÁ TERAPIE (BODY-PSYCHOTHERAPY IN PRACTICE)
(W)

Bridging Body, Psyche & Relationship

The therapy, which I'm practicing is initially based on the work of Wilhelm Reich, Gerda Boyesen, Ron Kurtz, E. Gendlin and others. In it's development it integrated various depth-psychological, energy-psychological and behavioral elements.

In this workshop I'll demonstrate some of the principles of my work. The emphasis will be on utilizing the therapeutic relationship to facilitate a healing relational experience – thereby using direct body contact and therapeutic regression.

The workshop will be experiential and the audience will be invited to participate actively.

Eli Weidenfeld Diplom-Psychologe, Born in Tel-Aviv 1943, 1980 – 1988 training in various therapeutic methods with specializing in Body-Psychotherapy. 1982 Graduated in psychology from the university of Hamburg, Germany. 1985 - ... Private practice with individuals and groups. 1989 - ... Trainer in Body-Psychotherapy with the European School of Bio-dynamic Psychotherapy in Germany. 2003 - ... Gradual establishing of private practice and training in the ČR



ÚČASTNÍCI 14. KONFERENCE V LIBERCI

1. Adameček David, MUDr.
2. Balaščík Drahomír, PhDr.
3. Balcar Karel, doc. PhDr., CSc.
4. Balcarová Karolína
5. Bartůšková Ludmila, MUDr. Mgr.
6. Bendová Marcela, PhDr.
7. Beran Jiří, doc. MUDr. CSc.
8. Berková Pavlína
9. Bernardová Michaela, MUDr.
10. Besta Zbyněk,
11. Boková Alena
12. Bolek Tomáš, Mgr.
13. Branná Barbora, MUDr.
14. Brunclík Vladimír, MUDr.
15. Čepelíková Zuzana, Mgr.
16. Čermáková Libuše, Mgr.
17. Čermáková Lenka, PhDr.
18. Černá Lucie, MUDr.
19. Černý Vojtěch, PhDr.
20. Čížková Klára
21. Debeň Tomáš, MUDr.
22. Dlasková Romana, Mgr.
23. Drozd Milan, MUDr.
24. Drozdová Kristýna, MUDr.
25. Dutková Andrea, MUDr.
26. Dvořáček Vladimír, PhDr.
27. Dvořáková Ivana
28. Fahrnerová Marta, MUDr.
29. Fastrová Věra, MUDr.
30. Fechtnerová Hana, Mgr.
31. Fialová Michaela, Mgr.
32. Fišnarová Andrea, MUDr.
33. Foltýnková Markéta
34. Fürst Aleš, MUDr.
35. Grofová Kateřina, Mgr.
36. Hánová Zina, MUDr.
37. Hastíková Jana, MUDr.
38. Hladovcová Jana, Mgr.
39. Hátlová Běla, doc. PhDr. Ph.D.
40. Hodková Pavla, Mgr.
41. Holmanová Adéla, PhDr. Mgr.
42. Houserová Ludmila, MUDr.
43. Hrdá Ivana, PhDr.
44. Chladová Helena, Mgr.
45. Chmelařová Dana, Mgr.
46. Chrobák Radek
47. Chvála Vladislav, MUDr.
48. Jäger Bohuslav, Mgr.
49. Jašková Eva, MUDr.
50. Jílková Anna, PhDr. Mgr.
51. Jandourková Drahuše, Mgr.
52. Jirmanová Ivana, MUDr.
53. Kabát Jaromír, MUDr.
54. Kačenová Bohdana
55. Klímová Jarmila, MUDr.
56. Knop Jan, Mgr.
57. Koblic Karel, PhDr.
58. Kolářová Vendula, Mgr.
59. Komárek Stanislav, prof. RNDr., Ph.D.
60. Konečná Hana, doc.
61. Konečný Martin, MUDr.
62. Kořenek Jan, MUDr. Mgr.
63. Kriseová Eda
64. Krpcová Radka, MUDr.
65. Kryl Michal, MUDr.
66. Kubišová Tereza, Mgr.
67. Kulhánek Jan, Mgr.
68. Kunertová Olga, MUDr.
69. Laudová Lucie, Mgr.
70. Lenz V.S.
71. Lewitová Jana
72. Lewitová Klára-Marie, Bc.
73. Liebichová Tereza
74. Lucáková Kristýna
75. Macháček Jiří, Mgr.
76. Machander Antonín, MUDr.
77. Malá Andrea
78. Marková Jola, PaedDr.
79. Martásková Debora, Mgr.
80. Masner Ondřej, MUDr.
81. Matějková Barbora
82. Mauer Miloš, Mgr.
83. Miklas Petr
84. Míková Iveta, PhDr.
85. Mlezivová Jitka, Mgr.
86. Molešová Jana
87. Nováková Pavla, MUDr.
88. Oberfalzerová Alena, PhDr.
89. Odstrčil Petr, Mgr.
90. Palusková Květa
91. Peichlová Jana, MUDr.
92. Peldová Markéta
93. Pelková Lucie
94. Pilz Jiří, PhDr.
95. Pokorná Petra, MUDr.
96. Pokorná Ivana, Mgr.
97. Polívková Lenka
98. Polívková Lenka
99. Poněšický Jan, MUDr.
100. Pöslová Blanka, PhDr.

101. Procházka
102. Procházková A., MUDr.
103. Průchová Zdeňka
104. Příhoda Daniel, MUDr.
105. Ročňová M., MUDr.
106. Roebbers R.S.
107. Rokytová Markéta, PhDr.
108. Roubal Pavel, PhDr.
109. Roudná Veronika, Mgr.
110. Rozmarová Pavla, MUDr.
111. Řeháková Andrea, Mgr.
112. Seidlová Gabriela, MUDr.
113. Schönová Veronika, Mgr.
114. Skálová Markéta
115. Šroubková D., MUDr.
116. Stackeová Daniela, PhDr.
117. Stehlíková Lešková M.
118. Steyrová Petra, MUDr.
119. Stiburek Milan, Mgr.
120. Stiburková Pavla, Mgr.
121. Strobachová I PhDr. PhD.
122. Syrovátková Radana
123. Syrovátková A. MUDr.
124. Šimek J. doc. MUDr. CSc.
125. Štěpánová D., MUDr.
126. Štiková Anna
127. Těšínská Zuzana, Mgr.
128. Tolimatová Jarmila, Mgr.
129. Trapková Ludmila, PhDr.
130. Vacková Kristýna, Mgr.
131. Vacková Lucie, Mgr.
132. Václavíková Helšusová L,
PhDr.
133. Vácha O. M, P. Mgr. et
Mgr., PhD.
134. Vančura Michal, PhDr.
135. Vančurová Zora, PhDr.
136. Vančurová H, MUDr.
137. Vedralová Pavlína, Mgr.
138. Vejdělková Dita
139. Vinšová Monika, MUDr.
140. Vizinová Daniela, PhDr.
141. Vít Marek, Mgr.
142. Vodňanská Jitka, MUDr.
143. Voháková Jana, Mgr.
144. Vondřich Ivan, MUDr.
145. Vondřichová Z., PhDr.
146. Weidenfel Eli
147. Záleský Richard, MUDr.
148. Závěrková Markéta
149. Zedková Iveta, MUDr.

POKYNY PRO AUTORY ČASOPISU

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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura. Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší. Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
Literatura
Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce 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.

