

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 1/2014 dne 15. 2. 2014, recenzní řízení bylo uzavřeno 28. 2. 2014.
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih
a diskusních příspěvků. Grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed.
ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84
© LIRTAPS, o. p. s.
PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:
<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Vychází 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/ABAO08/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praxí a studenty různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu a dalších podnikatelích ve zdravotnictví.

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 ošetřovatelství 3. LF UK, Praha
 Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
 PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
 Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., Katedra antropologie FHS UK, Praha
 PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
 PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Prof. PhDr. Michal Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., Oddělení somatopsychiky VFN v Praze
 Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
 MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
 PhDr. Daniela Stackeová, PhD., externí spolupracovník několika VŠ kateder
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
 MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
 PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie 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 1/2014

Obsah 1/2014	3
EDITORIAL.....	5
<i>Chvála V., Trapková L.: Čas, který hraje roli.....</i>	<i>5</i>
PRO PRAXI	9
<i>Siřínek J.: Pesso Boyden Psychomotorická Terapie v individuální, klinicko-psychologické praxi.....</i>	<i>9</i>
TEORIE	26
<i>Kodyšová, E.: Proč jsou některé ženy s porodem nespokojené: psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu</i>	<i>26</i>
VÝZKUM.....	36
<i>Včelařová H., Bendová M.: Hodnocení několika adolescentních dětí s nadváhou a obezitou ze strany významné vrstevnické skupiny jako součást jejich běžné sociální reality.....</i>	<i>36</i>
STUDENTSKÉ PRÁCE	49
<i>Plchová R., Kabát J.: Psychosomatické vzdělávání, vyšetření a léčení: Psychosomatická klinika v Praze .</i>	<i>49</i>
POLITIKA, KONCEPCE	60
<i>Odborná společnost psychosomatické medicíny ČLS J.E.P. byla založena</i>	<i>60</i>
<i>Volby do orgánů organizační složky Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP.....</i>	<i>62</i>
AKCE, NABÍDKY	64
<i>2. česká konference Pesso Boyden psychomotorické terapie.....</i>	<i>64</i>
<i>Další vzdělávání v PBSP</i>	<i>65</i>
<i>Mít, či nemít dítě?</i>	<i>66</i>
<i>Daan van Kampenhout: Léčivé rituály na kruhu předků 16. – 18. 5. 2014.....</i>	<i>73</i>
<i>15. konference psychosomatické medicíny s mezinárodní účastí v Liberci</i>	<i>74</i>
<i>Vladimír Dvořáček: Seminář péče o duši</i>	<i>79</i>
NABÍDKY	82
VYCHÁZÍ.....	83
<i>Psychiatrické minimum</i>	<i>83</i>
<i>Kyberšikana</i>	<i>84</i>
<i>Van Goghovo ucho</i>	<i>85</i>
KUKÁTKO DO ZAHRANIČNÍHO TISKU	86
<i>Rejstřík ročníku 2013.....</i>	<i>89</i>



Pokyny pro autory90



EDITORIAL

CHVÁLA V., TRAPKOVÁ L.: ČAS, KTERÝ HRAJE ROLI

V. CH.: Zaslechli jsme z úst kolegy psychiatra, že kliničtí psychologové jsou k ničemu, jen se věnují svým výcvikům a nic nedělají. Proto lobuje za to, aby se z připravených peněz (aha, tak proto?!) vyškolily raději zdravotní sestry (které tak jako tak na některých psychiatrických odděleních jsou jedinými, kdo se s pacienty ještě baví), aby dělaly „tu psychoterapii“.

Oč se to tady hraje? Ponechme stranou politickou hru, která se tak či onak vztahuje k financím. O nejasnostech ve vztahu mezi lékaři a klinickými psychology ví každý, kdo se kdy pokusil být k dispozici pacientům na nemocničních lůžkách i jejich ošetřujícímu personálu, a přitom sám nebyl lékařem. Že my lékaři velmi silně prožíváme svou příslušnost k cechu, to je dobře známo. Přesněji to popsala Eva Křížová ve své předchozí knize o medicíně z pozice sociologie.¹ A taky neradi přenecháváme své výsadní postavení v boji s nemocemi jiným profesionálům, z našeho hlediska vlastně neprofesionálům. Máme o nemoci své představy a jakékoli jiné názory na zdraví a nemoc nás dráždí, jak ukázala Eva Křížová ve své druhé knize.² O tom, že spolupráce s psychology při léčbě pacientů je velmi užitečná, vím až příliš dobře, než aby mě kolegova poznámka o neschopnosti psychologů nechala chladným. Proto se ptám: V čem je ten

fatální rozdíl mezi námi lékaři a vámi psychology?

L. T.: Jde o rozdílné paradigma a společenskou úmluvu, jestli je jedno hodnoceno výš než druhé, anebo zda se obojí může, či dokonce musí rovnocenně a s výhodou z hlediska pacienta doplňovat. Hned vysvětlím.

Jde o otázky typu: Kdo je lepší, kvalitnější, správnější anebo výš? Žena, nebo muž? Jin, nebo jang? Emoce, nebo rozum? Brzda, nebo plyn v autě? Pravý, nebo levý reproduktor při stereo příjmu? Tyto otázky se zdají být triviálními. V dostatečném mentálním odstupu, totiž teoreticky, si neví s odpovědí rady jen hlupák. Potřeba jsou přece oba či obě. Jeden sám nedává smysl. Leda jako auto jen s brzdou, nebo jen s plynem.

Jiná situace však nastane, když se přiblížíte a ponoříte, postavíte, soustředíte jen na jedno a začnete tím jedním žít. Stanete se postupně studiem i praxí tím jedním a to druhé k vám doléhá jen jaksi zvenčí, odjinud. Čím déle v tom svém setrváváte, tím větším machrem jste na to své, tím slabší povědomí a pozici máte o tom, co se stalo jiným. Začínáte přirozeně (anebo logicky?) cítit, prožívat a žít a později také myslet, že to vaše má jaksi větší váhu, důležitost a mělo by mít přednost před jiným, před tím druhým, před tím zvenčí, o kterém toho víte čím dál méně a o tom svém čím dál více.

Studium psychologa začíná v knihovně, studium lékaře v pitevně. Tento rozdíl základních kamenů celé stavby nelze

¹ Křížová E.: Proměny lékařské profese z pohledu sociologie, Praha 2006 SLON

² Křížová E.: Alternativní medicína v České republice, Praha 2014



přehlédnout. Studium psychologie a lékařství stojí na různých základech. Ovšem jiná situace nastane, když jak psycholog, tak lékař nastoupí spolu do jednoho vzdělávacího programu pro výuku psychoterapie. Vznikne kvalitativně naprosto nová situace, ve které se jeden druhému stává partnerem, psycholog lékaři a lékař psychologovi. Otázka, kdo komu má dát přednost, mizí. V systemickém jazyce to znamená, že jsme se dostali na druhou logickou úroveň: Základní, dále nedělitelnou jednotkou v tomto systému už není buď jen psycholog, nebo jen lékař jako na logické úrovni prvního stupně, ale dvojice lékař-psycholog, ve které navíc nezáleží na pořadí. Tento pár není dále dělitelný, protože by jako pár zanikl, kdybychom jej chtěli rozdělit zpátky na lékaře a psychologa, každého zvlášť. Zůstává ale vnitřně diferencovaný! V praxi to znamená, že každému zůstává uvnitř systému (týmu), který obsahuje dva podsystemy (dva odborníky), jeho profesionální identita. Lékař není psychologem (pokud si psychologii ještě ke své medicíně nevystuduje) a psycholog není a nebude lékařem. Zvláštní skupinu tvoří ti lékaři a psychologové, kteří jsou obojí navíc profesionálně vzdělaní v psychoterapii. Ani v tom případě se však nezmění naprostá odlišnost jejich základních kamenů ve vzdělání (pítevná versus knihovna). Ten rozdíl je, jak dále ukážeme, nesmírně cenný a je třeba o něj pečovat a udržovat jej.

Všimněme si, že nemluvíme o mužích a o ženách ve zdravotnictví. To spíše o mužském a ženském principu ve zdravotnictví, ve kterém naprosto převládá princip mužský, v lékařích i lékařkách. Ten racionální, výkonový, jangový, hierarchický. Ženský princip (emoce, prožívání, respektování času kairos, jinový) vnáší do léčby zdravotní sestry.

Ani ty však nemohou ve své každodenní práci s tělesnou intimitou pacienta vykonávat současně u stejných pacientů systematickou psychoterapii. I když samozřejmě psychoterapeutický výcvik středně zdravotnického personálu je potřebný a kéž by jej měla každá zdravotní sestra pro tu schopnost reflexe vztahu s pacientem. Jednak se díky ní minimalizuje riziko iatrogenního vlivu sestry a má také ochranný význam pro prožívání samotné sestry, která je více než lékař běžně vystavována emocím velkého množství pacientů, a tím i svým vlastním.

Jak jsem řekla, je užitečné z důvodů, kterým se nemohu na tomto místě do detailů věnovat, rozdíl uvnitř lékařsko-psychologické jednoty pěstovat a udržovat. Výhodnější je využít tým lékaře a psychologa, než vytvářet tento lékařsko-psychologický systém v jedné osobě profesionála. Z hlediska pacienta je totiž nejen výhodnější, ale dokonce kvalitnější stereo příjem než matoucí mono příjem z jednoho místa (od jednoho profesionála). Zde se dotýkáme tématu terapeutického vztahu, které je samo o sobě složité, a jeho etiky, ať už s lékařem (sestrou) nebo psychologem. Jestliže se totiž v jednom vztahu setká tělesné dotýkání i psychické odhalování intimity zároveň, je krajně obtížné a ve většině případů nemožné odlišit terapeutický vztah od osobního důvěrného vztahu se vším všudy, včetně sexuální přitažlivosti. Jakmile toto rozlišení zmyslí i léčebné praxe mizí, vzniká chaos v tom, který vztah je terapeutický a který občanský, kamarádský či důvěrný.

Z výše vysloveného logicky vyplývají také obtíže při pěstování psychosomatického přístupu v medicíně. Pokud lékařský stav neuzná psychology a psychoterapeuty jako organickou a nutnou součást medicínsko-průmyslového komplexu



nového typu (Komárek), bude dále stagnovat uvíznutý v pozitivistickém chápání léčby člověka jako mechanického stroje. Vlna nespokojenosti s tímto stavem ze strany pacientů a také už mnoha lékařů pochopitelně sílí a je jen otázkou času, kdy dojde, a možná už dochází, k systémové změně, která přichází spontánně zevnitř systému, k metamorfóze medicínského myšlení. Politické aktivity zvenčí systému k ní mohou buď s pochopením dopomáhat, anebo ji bez pochopení k její podstatě komplikovat trváním na odumírajícím paradigmatu: popíráním psychosociálního kontextu každého stonání.

V reflektování terapeutického vztahu jde o kvalitativní vývojový krok ve vědomí profesionálů v pomáhajících profesích od Já-Ty k Já-My, jak o tom psal Buber.

V. CH.: Od doby, kdy proběhl tento rozhovor, který měl být úvodníkem prvního čísla Psychosomu nového roku, uplynuly tři měsíce a stala se řada věcí. Například jsem se pustil do dlouho odkládaného záměru vytvořit rejstřík všech čísel legendárního bulletinu rodinných terapeutů KONTEXT, vydávaného Petrem Bošem v osmdesátých a devadesátých letech minulého století. Bez rejstříku lze obtížně ve starých číslech, tištěných ještě na cyklostylu (mladší kolegové již nejspíš nevědí, co to bylo), hledat. A že je stále co hledat a číst i v těchto starých číslech, může se čtenář přesvědčit sám. KONTEXT je dodnes vynikající učebnicí rodinných terapeutů (rejstřík na http://www.lirtaps.cz/dle_autor%C5%AF.htm). Při té příležitosti jsem přečetl většinu těch starých dobrých článků – a tak jsem se dostal i ke svým starým textům, jako je například *Příběhy nemocných II: Co dělat s ucpanou mléčnou žlázou?* (Kontext 4/1991). Zděsil jsem se, jak jsem tenkrát o nemoci a léčbě psal. Dnes ten rozdíl už vidím, ale tehdy jsem neměl

ponětí, proč se na mě Trapková naštvála tak, že mi napsala rozhořčený dopis – a tak jsme se taky seznámili. Ale proč se k tomu vracím tady v úvodníku pro Psychosom 1/2014? Protože jsem na tom rozdíl mezi mým myšlením tehdy a dnes zahlédl, jaký je rozdíl mezi námi lékaři a psychology, a to i tehdy, když děláme zdánlivě totéž. Třeba psychoterapii.

Nevím jak ostatní, ale já jsem se snažil „přijít na to, jak to je, jak to funguje“. A to je přece něco jiného než spoluprožít s druhým člověkem jeho těžkosti, neřešitelná dilemata a zmatky. V tom nejspíš rozdíl mezi námi lékaři a psychology zůstane. Lékař snažící se o porozumění (intelektuální a v zásadě racionální operace) a psycholog soustředěný na spoluprožívání (emoce zatěžující, převážně iracionální operace). To by nevadilo, že každý děláme něco jiného, oboje se to hodí, ale každá tato činnost vyžaduje jiný časový prostor a doslova jiný typ času: my lékaři operujeme převážně v čase typu *chronos*, psychologové v čase typu *kairos*. Nelze to házet do jednoho pytle. Pacienti potřebují jedno i druhé. K tomuto tématu se na stránkách prvního čísla 2014 dobře hodí text mladé kolegyně o stáži na Psychosomatické klinice. Kdo ví, jak bude číst svůj text za 20 let?

Další významná událost je další neúspěch Psychosomu při snaze o zařazení do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR. Něco to vypovídá o naší akademické obci, která je možná ovládána osobními a finančními zájmy a emocemi více, než si myslíme. Porovnání, co smí být v tomto grálu vši vědy, kam se nehodí nezávislé médium psychosomatické medicíny, si může učinit čtenář sám na stránkách Rady pro výzkum, vývoj a inovace (<http://www.vyzkum.cz/FrontClanek.aspx?idsekce=495942>)



A v neposlední řadě byla schválena nová odborná společnost České lékařské společnosti. Pod číslem 1410 byla přijata Společnost psychosomatické medicíny ČLS J.E.P. (více na www.psychosomatika-cls.cz) a během krátké doby má 150 členů, připravuje první volby výboru a zdá se, že se má k světu. Ne že by ji všichni s otevřenou náručí vítali, už jsme se z vyšších kruhů LK dověděli, že „je třeba se obávat příliš benevolentního přijímání nových odborných společností, jako je například Společnost čínské medicíny, nebo Společnosti psychosomatické medicíny“. Tak kádrování, to by nám šlo. Uvidíme, jak nám půjde respektování odlišných názorů a spolupráce mezi různými obory.



V Liberci 28. 2. 2014



PRO PRAXI

SIRÍNEK J.: PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE V INDIVIDUÁLNÍ, KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉ PRAXI (ESEJ O VZTAHU A METODĚ V PSYCHOTERAPII)

SOUHRN: SIRÍNEK J.: PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE V INDIVIDUÁLNÍ, KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉ PRAXI. PSYCHOSOM 2014; 12(1). s. 8- 24

V tomto textu se zabývám formami zavádění PBSP do individuální práce s klientem v rámci běžné klinicko-psychologické praxe. Reflektuji v něm svou zkušenost s metodou, kterou od roku 2001 praktikuji v její základní podobě, tedy formou pravidelných, dlouhodobých, malých skupin. Vývoj terapeutické technologie PBSP posledních let však umožnil její širší využití také v individuální terapii. Zatímco v prvních desetiletích vývoje metody postupoval terapeutický proces v průběhu sezení rychle a často dramaticky „od těla ke slovu“ (bezprostřední práci s pocity ve speciálních cvičeních), což vyžadovalo téměř bezpodmínečně velmi specificky pojaté prostředí skupiny, dnešní přístup sleduje pozvolnější, jemnější i bezpečnější směr – „od slova k tělu“ (od rozhovoru k tělovým projevům, které význam slova evokuje). K možnostem i atmosféře individuálního psychoterapeutického uspořádání se tak PBSP dostala mnohem blíže. Naléhavá otázka však zůstala: jak vložit do dyády terapeut – klient METODU? Metodu, která není jen funkcí terapeutova myšlení, o něž se klient nemusí v posledku mnoho zajímat, ale která naopak vyžaduje jeho aktivní spoluúčast a nemalou kompetenci, která má velmi nezvyklou vnější podobu, navíc patinu zvláštního slangu?

KLÍČOVÁ SLOVA: PBSP, individuální terapie, scénicko-symbolické nástroje, intersubjektivita, mimostrukturní dialog

SUMMARY: SIRINEK J.: PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORIC THERAPY IN PSYCHOLOGIC CLINICAL PRAXIS. PSYCHOSOM 2014; 12(1). PP. 8- 24

The topic of the paper is: how to set up PBSP into one to one session format within an ordinary clinical psychology practice. I reflect my own professional experience with the method I have been using for years in its basic group form. However, recent developments of PBSP technology have facilitated its use also in individual psychoterapy. In the first decades of PBSP development, the process of therapy was running on ahead fast, often dramatically, due to body work that had been carried out immediately in special exercises. The current approach has become much slower, subtle and safe and therefore it fits better for the individual setting conditions. However, the basic question remained: how to introduce A METHOD into dyad therapist - client?? In terms of PBSP - a very peculiar method - a great deal of active collaboration is required on a part of a client to apprehend its special characteristics as well as special slang.

KEY WORDS: PBSP, individual therapy, symbolical scenic device, intersubjectivity, extrastructural dialog



ÚVODEM

Na otázku, jak vložit do dyády terapeut – klient metodu, jsem hledal v uplynulých deseti letech odpověď s téměř tisícovkou nejruznějších klientů, kteří se za tu dobu v mé ordinaci objevili. Poznatky z vlastní praxe jsem průběžně doplňoval podněty z četných setkání s Albertem Pessem jakožto terapeutem, učitelem i osobitým teoretikem, rovněž pak podněty z diskusí s českými i zahraničními kolegy. Za literární inspiraci považuji psychoanalytické spisy z oblasti psychologie self, díky nimž jsem mohl pojednat některé vztahové jevy nastávající v déledobějším psychotherapeutickém procesu.

Text lze číst dvojíma očima: množství empirického materiálu, diskuse nad lingvistickými nuancemi jednotlivých kazuistik či jinými detaily techniky mohou oslovit především kolegy obeznámené detailně s PBSP. Tentýž empirický materiál nahlížený z hlediska základních navrhovaných konceptů však zasahuje již naznačenou, mnohem širší otázku: Jak se v psychoterapii k sobě má vztah a metoda? Jak se jedno s druhým setkává, prolíná, jaká napětí tato polarita vyvolává? V tomto smyslu čteme spíše esej na toto téma, jak je uvedeno v záhlaví textu.

I. FAKTA, VÝCHODISKA, PŘEDPOKLADY

Výrok konkrétněji vymezující obsah tohoto textu: *„Mám-li mluvit za sebe, pak já nepracuji s klienty jinak než ve strukturách... Říkávám, že u mne se prodává pouze nová paměť, nic jiného. S veškerou jinou zakázkou klienty odkazují do „sousedních obchodů“ dole v ulici...“*, Al Pesse (1)

Strukturu pro zdejší účel chci definovat jako ritualizovanou terapeutickou proceduru, vyznačující se maximální mírou **využívání scénicko-symbolických postupů**. Těmito označuji:

1. zavzetí fyzického prostoru místnosti, objektů, případně dalších přítomných osob do terapeutického procesu a připisování jim symbolického významu (rolí),

2. dramatické promlouvání těchto rolí přímou řečí, nejčastěji směrem ke klientovi,
3. používání fyzického dotyku, kterému je rovněž přidán symbolický význam.

Během desetiletí vyvinul Albert Pesse techniku vedení struktury až k dnešní, nesmírně úspěšné, kondenzované podobě a sám ji s oblibou nazývá neurochirurgií mozku v rovině emocionálních významů. Označíme-li v duchu tohoto průměru strukturu PBSP za „neurochirurgický výkon“, pak tento text je věnován „předoperační přípravě pacienta“, tedy krokům, postupům a způsobům myšlení napomáhajícím vytvořit takové podmínky, aby užití „chirurgických nástrojů“ mohlo být co nejefektivnější.

Singulární a kontinuální model PBSP

Scénicko-symbolické postupy jsou použitelné jak ve skupinovém, tak v individuálním settingu. Mohou být nosným terapeutickým nástrojem v

déledobé péči, ale také občasným doplněním terapie probíhající jiným způsobem.



Pro zjednodušení a zpřehlednění navrhuji zavést polaritu **singulárního resp. kontinuálního pojetí (či modelu) PBSP**. Albert Pesso sám produkuje v čisté podobě to, co nazývám singulárním pojetím, alespoň stylem práce posledních let, jehož jsme svědky zde v Evropě. Klienti u něho objednávají jednotlivé struktury při jeho návštěvě. Jakékoli další terapeutické setkání se děje pouze na jejich výslovnou další objednávku. Objednávají tedy jeden unikátní, „singulární“ akt psychoterapie – strukturu – a nic dalšího. Pro zdejší podmínky klinické práce je typičtější kontinuální pojetí, kdy klient objednává či je mu nabídnuta přibližná časová perioda, popřípadě časově neurčitý kontrakt víceméně pravidelných schůzek. Rozdíl v obou pojetích je definován kontraktem. V singulárním modelu sjednáváme spíše obsah (strukturu, workshop), v kontinuálním modelu spíše čas (budu chodit na terapii). Každá z variant staví terapeuta před velmi odlišný okruh otázek a problémů.

Jednou z nejefektivnějších a nejběžnějších forem singulárního modelu jsou

Příklad 1

40letá klientka, velmi kvalifikovaná, zastávající exponované místo v pomáhající profesi, přichází po jednom z modulů eklektického výcviku, v jehož rámci bylo prezentováno cvičení s „ideálními rodiči“. Přichází motivovaná pokračovat v PBSP individuálně. Na první schůzce líčí velmi živelně traumatizující poměry v primární rodině. V průběhu líčení, stejně jako v několika příštích schůzkách se mění hodnocení jejího výcvikového zážitku: „silné“, „nádherné“, „úžasné“ přechází v „byla jsem zmatená, nevěděla jsem, co s tím“. Na scénicko-symbolickou práci, kterou žádala, reaguje zrychlením asociací a emoční těkavostí. Ustupujeme od ní a

zážitkové pobyty a workshopy, kdy se lidé s teorií a postupy seznamují prostřednictvím hromadné edukace a bezprostředně praktikují struktury ve skupinovém settingu. Účastníci vzájemným sociálním učením rychle vstřebají originální styl práce. Terapeutova pozornost je rozdělena na všechny účastníky, žádný z nich jej tedy nemá „pro sebe“. Klient je tak více odkázán na vlastní kompetenci, což jej podněcuje k větší iniciativě. Podporu nachází v širokém poli podnětů, když pozoruje a spoluprožívá práci druhých. Tato forma uvedení do PBSP nemá pravděpodobně v mnoha směrech konkurenci. Jde-li nám o rychlou adaptaci klientů na PBSP, bezprostřední zážitkový vtisk a příslib možného terapeutického efektu, nelze ji než doporučit. Největší výhoda však zároveň skrývá i hlavní potenciální nevýhodu: rychle získaný, silný pozitivní zážitek je velmi efektivní, leckdy fascinující, čímž může vyvolat nerealistické představy o povaze vývojového procesu člověka a možnostech jeho terapeutického ovlivnění.

následují měsíce stabilizující, provázející práce s cílem posilovat funkci pilota (schopnost sebereflexe).

Komentář: Zážitek, který přišel rychle a nečekaně, „obešel“ obranný systém ega a bylo zjevně nad klientčiny síly jej integrovat.

V individuálním settingu je singulární model méně běžný, ačkoliv i zde se vyskytuje, většinou však právě jako součást výcvikových programů profesionálů v pomáhajících profesích. Ovšem i s běžnou, za pomoci přicházející klientelou, lze provádět struktury prakticky ihned po seznámení, edukaci zařadit



buď v minimální podobě přímo před strukturu, nebo nejnnutnější vysvětlovat přímo v jejím průběhu (M. Bachg 2). Terapeut se tak spoléhá téměř absolutně na efekt scénicko-symbolických nástrojů PBSP resp. na virtuozitu jejich použití. Při přesném dodržení technologie struktury, vycvičené pozorovací schopnosti a pohotových vhladech se pak klientovi dostane emočně poučného zážitku již během jedné (první) sesse. Smysluplný zážitek je pak pro něho podnětem k životním změnám a motivací k práci v dalších strukturách.

V anglosaských zemích je dost možná tento model dokonce zcela běžný, u nás nikoliv, což je pro mě osobně podnětem k úvahám o socio-kulturních rozdílech. Jakoby na západ od našich hranic bylo v obecném povědomí mnohem více zako-

řeněné očekávání léčebné metody, zatímco u nás spíše očekávání léčebného vztahu. Dle mé zdejší zkušenosti, přichází mnoho klientů, kterým prostě nelze rychle naordinovat specifický, nezvykle ritualizovaný druh terapeutické práce a ten pak aplikovat jako jedinou formu intervence.

Stavím tedy do sousedství singulárního modelu PBSP pojetí kontinuální, v němž je třeba ke kvalitnímu provádění struktur dospět postupnou přípravou klienta, která zahrnuje vyváženou kombinaci empatizujících intervencí, edukace a tvořivého uplatňování dílčích kroků a technik, které organicky zavádějí do procesu scénicko-symbolickou práci.

Rozdělení klientely z hlediska motivačního stylu

Pro další zpřehlednění považuji za dobré obecně charakterizovat klientelu, s níž se lze v běžné klinické práci setkat. V nesmírné různosti jednotlivců, v houštině příběhů a osudů, nabízím rozdělení klientely z hlediska motivace k psychoterapii. Označme dva motivační styly: jednomu říkejme „pasivní“ či „léčebný“, druhému „aktivní“ neboli „seberozvojový“. Léčebným motivačním stylem je míněna touha být zbaven obtíží, seberozvojovým pak přání aktivně pracovat na své osobnostní vyspělosti.

Vyhraněně pasivně motivovaní lidé touží po úlevě od trápení (co možná nejrychleji, nejlépe definitivně), očekávají, že je terapeut vyslechne (a oni se „vypovídají“), porozumí jim (dá jim zapravdu a nebude jim odporovat), konečně pak něco jim poradí nebo alespoň vysvětlí. Tito klienti mají velmi nízké očekávání nějakého specifického způsobu léčení, a pokud je mají, pak v téměř magické podobě (zázračná pilulka). Nemívají znalosti, spíše bývají zahlcení změtí inter-

netových informací (častěji desinformací). Za zdroj pomoci považují nedi-ferencovaně terapeuta a myšlenka, že by tento zdroj mohli mít „uvnitř sebe“ či jejich je jim nesrozumitelná, vzdálená a při jejím častějším opakování ji zto-žňují s odmítnutím („*Já vím, že si nakonec musím stejně pomoci sám...*“) Pro ilustrativnost nastíněno v poněkud karikované podobě.

Druhá skupina je kromě obtíží motivovaná touhou pracovat na sobě. Pro mnohé se seberozvoj stal v té či oné míře součástí životního stylu. Skupinu vyhraněně seberozvojově motivovanou mohou tvořit profesionálové v pomáhajících profesích nebo přímo psychoterapeuti. Bývají v přístupu ukázněni, kooperativní, prezentují se vyspěleji, mají odstup od symptomů. Jsou zvyklí častěji psychoterapeuty hodnotit, žádají od nich konkrétní metody a postupy. Psychoterapie je pro ně cosi, co je hodné zájmu samo o sobě.



Pro aktivně motivované je singulární pojetí obecně snáze využitelné, pro klienty motivované pasivně je většinou nezbytně nutné pojetí kontinuální.

Ačkoliv se aktivní styl jeví jako jednoznačně pokročilejší, nedomnívám se, že musí být vždy a za všech okolností automaticky výhodou z hlediska živého a účinného psychoterapeutického procesu.

V některých případech může spíše znamenat pro psychoterapeuta jiný druh nástrah. Zatímco léčebně motivované může být těžké získat pro aktivní spolupráci, seberozvojově zaměřené mohou brzdit sofistikovanější formy rezistence vůči změně, včetně přemíry aktivity, kompetence a pozitivního vztahu k psychoterapii.

Obecné předpoklady nutné k provádění struktur

Když Albert Pessa hovoří o podmínkách nezbytně nutných k provádění struktur, zmiňuje volně tři věci (3):

1. Klient musí být schopen rozlišovat symbolické od reálného.
2. Musí mít při plné funkci „pilota“ (naplno si uvědomovat, co se děje, a spolurozhodovat o tom).
3. Mezi terapeutem a klientem musí být rozvinuta tzv. sféra možností (the possibility sphere).

Ad 1) Rozlišením reálného a symbolického rozumím:

- a. Dostatečnou koherenci ega, aby klient byl schopen náhledu na vlastní projekčnost a diferencované práce s projekcemi.
- b. Dostatečnou úroveň intelektu, aby byl schopen, populárně řečeno, neztotožňovat osobu herce se seriálovým hrdinou.

ad 2) Pilotem se nazývá v osobité terminologii Alberta Pessa reflektující část ega, tedy nejvyšší instance vědomí, koordinační centrum, které na základě vyhodnocení všech dostupných informací dává zásadní podněty vědomému jednání.

ad 3) Termín „sféra možností“ je zajímavý, zároveň komplikovaný na popis i pochopení. Pessa jej užívá ve dvojitě významu. Označuje jím:

- a. Základní postoj terapeuta ke klientovi v terapeutické situaci, vyznačující se maximální mírou respektu pro klientův proces, terapeutickou disciplínou a připraveností po dobu práce upozadit vlastní potřeby, a naopak angažovat se terapeutickými prostředky maximálně v jeho prospěch. V tomto smyslu tedy terapeut „otevřít sféru možností“ ve své mysli pro klienta, bezprostředně před tím, než začne pracovat (4). Jde tedy v podstatě o kodex terapeutického postoje, který v malých obměnách respektuje kterýkoliv vyzrálý psychoterapeut, bez ohledu na školu, kterou reprezentuje. Klientovi to umožňuje vztáhnout se k němu jako k bezpečnému, důvěryhodnému a kompetentnímu. Na straně klienta je naopak nutná základní dispozice vytvořit pracovní alianci – tedy schopnost pochopit a identifikovat se s terapeutickým uspořádáním, v němž je společným dílem klienta a terapeuta práce na tématu, s nímž klient přichází.
- b. Specifickou topografii terapeutického prostoru ve struktuře. Tento aspekt považuji za zásadní a podrobně se mu věnuji v následujícím oddíle.



V bodech 1 – 3 jsem nabídl výklad Pessem uváděných pojmů na úrovni jakýchsi statických, vstupních dispozic. Jejich splnění na této úrovni je podmínkou nutnou, nikoliv však dostačující z hlediska účinného provádění struktur. Tam je nutná řádově vyšší úroveň všech tří zmíněných kvalit:

Ad1) Ve struktuře klient vědomě, záměrně, na základě dohody s terapeutem projektuje fiktivní obsahy do reálné přítomných osob, objektů či do fyzického prostoru místnosti. Přijímá od nich či odtud dohodnutá sdělení v přímé řeči, nezřídka fyzický kontakt. Nestačí tedy pouhé pasivní rozlišení reálného a symbolického, ale je nutná schopnost specifické aktivní imaginace.

ad 2) Nestačí jen vyspělá schopnost sebereflexe a běžné uvědomování odpovědnosti za vlastní rozhodnutí a jednání. Aktivita „pilota“ v klientově mysli během struktury, o níž mluví Pesso (6), je náročný, kognitivně-emocionální výkon. Klient musí udržovat po celou dobu trvání struktury „pracovně alianční“ kontakt s terapeutem, zároveň musí vnímat, vytvářet rozlišovat a reflektovat podněty na mnoha úrovních skutečnosti (pocity, myšlenky, vzpomínky, obrazy, symbolickou, terapeutickou realitu). Klade to mnohem větší nárok na pozornost, procedurální paměť a celé

II. VZTAH A METODA

„Sférou možností myslím zejména to, že se terapie neodehrává v přenosu“ Al Pesso (5)

Terapeut vytváří sféru možností pro klienta, on sám však není její součástí! Sféra možností je pomyslný prostor obklopující klienta, v němž se mu dějí

„reflektující ego“ než v běžném terapeutickém rozhovoru. Aktivitu pilota ve struktuře na této úrovni zároveň považuje Pesso za klíčový předpoklad dlouhodobého léčivého efektu struktury (5). Protikladem k plné aktivitě pilota lze označit např. různé podoby hypnotického stavu, kde se pracuje s dissociací vědomí, regresí, amnesií, posthypnotickou sugescí atd.

ad 3) To, že klient zakouší terapeuta jako zralého, důvěryhodného a kompetentního, ještě neznamená automaticky vznik sféry možností, kterou terapeut svým postojem nabízí. Ta vzniká až klientovým pochopením a přijetím metody jako takové, jejího rituálu a pracovních nástrojů (viz níže). Za nutné zde můžeme považovat kompetence ve dvou předchozích bodech a zvládnutí či absenci některých forem rezistence v rovině vědomého postoje („*Stejně bych si s terapeutem raději povídala, když on ale říká, že tohle mi pomůže...*“).

Dotýkáme se zde faktoru terapeutického vztahu v PBSP, který pro svůj zásadní význam vyžaduje samostatné rozpracování. Před tím shrnuji či opakuji: výše popsané kompetence a jejich souhra mohou být pro klienta natolik nezvyklé či obtížné, že jejich nastavení pro úspěšné „operace“ může spotřebovat mnoho hodin „předoperační přípravy“.

léčivé zážitky, ale tyto nepocházejí od terapeuta, nýbrž od ideálních postav (6).

Pessovo vysvětlení a instrukce vyjadřují anticipovanou topografickou funkci termínu sféra možností (terapeut ji vytváří, ale sám v ní není), zároveň nás staví před samu esenci PBSP – přesun



účinné terapeutické komunikace z dvojice klient – terapeut mezi klienta a virtuální, ve struktuře inscenované postavy. Ve struktuře má nastat to, co Pesso nazývá „strukturní stav vědomí“. Ten se vyznačuje pozorovatelným ponořením klienta do prožitku s ideálními figurami a zjevným znepodstatněním komunikace s terapeutem, která sice probíhá při plné zodpovědnosti, ale je v tu dobu pouze organizační. Neplní-li struktura svůj účel, je naopak z videozáznamu zřejmé, že klient emočně reaguje pouze na terapeutovo chování, zatímco inscenované postavy jsou pro něho nepodstatné.

Takto pojatá sféra možností, fakticky definovaná scénicko-symbolickým prostorem (tedy „územím“, které je tvořeno inscenovanými postavami a jejich komunikací) se ovšem vztahuje výhradně k provádění struktur, tedy k vlastním „neurochirurgickým operacím“. Jak je tomu ale v „předoperační přípravě“, tedy

Příklad 2

30letá klientka přicházející kvůli pocitům izolace a neschopnosti navazovat vztahy: velmi brzy reaguje velmi pozitivně na scénicko-symbolické postupy, přesto na desáté schůzce říká: „V pondělí jsem měla hroznou depresi, zase jsem myslela na to, že to skončím, pak mě uklidnilo, když jsem si představila, jak vám to tu řeknu...“

Intervence: *„To je dobré, že vás ta možnost napadla a že jste ji dokázala využít.“*

Komentář:

Ačkoliv jsme scénicko-symbolické postupy měli již velmi funkčně v terapii zavedené a plynule jsme jich ve vhodných chvílích používali, považoval bych za hrubou chybu sáhnout k nim právě teď. Zvědomění přenosu, které by scénicko-

v terapeutickém čase, kdy struktury neprovádíme a vedeme rozhovor? Nazýváme takový rozhovor „mimostrukturním dialogem“.

Nabízím tento pohled: Probíhá-li terapie v kontinuálním pojetí (je sjednáno spíše docházení nežli obsah schůzek) a pracujeme-li s pasivně motivovaným klientem (přicházejícím spíše s touhou být zbaven obtíží než na sobě pracovat), pak je přirozené, zdravé a správné, že klient vloží na různých úrovních vědomí nadějná očekávání do osoby terapeuta (vytvoří pozitivní přenos). Jsem toho názoru, že s touto projekcí je nutno zacházet s veškerým respektem k projevu kýženého klientova samoléčivého potenciálu, spočívajícího v nějaké formě důvěry ve vztahy. V zásadě jde rovněž o příznivý diagnostický indikátor vhodnosti klienta pro PBSP.

symbolický postup v tu chvíli de facto znamenal, by mohlo destruovat a znevěrohodnit její úspěšnou ego strategii, jak zvládnout rozladu a oslabit ji pro příště. Ve strukturách obvyklé postupy (práce s principy) bych považoval za adekvátní pouze tehdy, objevil-li by se přenos k mé osobě již přímo v započatém procesu struktury, mezi jinými vztažnými postavami. Tehdy by bylo namístě „nevstupovat do sféry možností“ a pracovat s projekcemi, nikdy však v mimostrukturním dialogu, kdy klient chce mluvit k terapeutovi osobně. Parafrázuji-li Perquinovo stanovisko (7), použití scénicko-symbolických nástrojů nesmí nikdy sloužit terapeutovi, aby se mohl rychle vyhnout klientovu přenosu či se ho přímo zbavit.

Zatímco ve struktuře samotné tedy nesmí být terapeut součástí sféry



možností (korektivní zkušenost nepřichází od něho), v mimostrukturním dialogu v ní být může, ne-li dokonce má či musí, a daří-li se dobře „předoperační příprava“, může z ní postupně vystupovat.

Postupné opouštění sféry možností terapeutem ve prospěch symbolicko-scénicky vytvářené skutečnosti je možné tehdy, podaří-li se mimostrukturním dialogem rozvinout a stabilizovat „intersubjektivní prostor“ mezi terapeutem a klientem. Pro pojem intersubjektivní jsem sáhl do moderního psychoanalytického prostředí britské školy objektních vztahů – intersubjektivitu chápu ve smyslu Mitchellem interpretovaného Storolowa konceptu, který rozšiřuje podstatné pojetí dynamismu přenos – protipřenos: *„V klasické tradici přenos znamená přemístění z minulosti, kdy pacient zkresluje přítomnost, aby vytvořil místo pro vyjádření nějaké zasuté ranější fantazie či zkušenosti. Alternativní pohled pokládá přenos za univerzální psychické úsilí uspořádat zkušenost a vytvořit významy, za projev stálého vlivu organizujících principů a obraznosti, které vykrytalizovaly z pacientových raných formativních zkušeností.“* (8).

V duchu tohoto pojetí je rozvoj intersubjektivní funkce veškerého času stráveného během terapeutických hodin pospolu a veškerých interakcí, které v tomto čase proběhnou. Za důležité zejména považují, že vznik a rozšiřování pole sdílených významů v dyádě terapeut – klient nezakládá automaticky nutnost pracovat s přenosem v užším smyslu jako s historizujícím obranným zkreslením skutečnosti, ale odkazuje spíše ke vztahu v přítomnosti a k zužitkování bohatství a komplexity těchto významů ve scénicko-symbolické práci.

Nyní je potřeba zmínit se o rozdílech, které v utváření intersubjektivní znamenají různá uspořádání, v nichž je PBSP praktikována. Mám znovu na mysli singulární resp. kontinuální pojetí, zároveň tentokrát i individuální resp. skupinový setting. Nabízím tuto rovnici: čím singulárnější a skupinovější přístup, tím méně významná je otázka intersubjektívního prostoru.

Probíhá-li struktura při jednorázovém setkání, vztah klienta s terapeutem je pouze situační. Terapeutovi to umožňuje, ba ho to nutí, pracovat objektivněji. Jsou-li jeho intervence pohotové a přesné, někteří klienti jsou schopni rozvinout snadno strukturní stav vědomí. Vyskytne-li se přenosový podnět (klient zareaguje zjevně na terapeutovu osobu), lze s ním zacházet neproblematicky v duchu praxe PBSP (placeholder pro terapeuta, označování principů projekcí, jejich postupné utřídování a přemístování). Lze zajít ještě dále: v singulárně-skupinovém uspořádání se mohou terapeuti střídat či zaskakovat jeden za druhého, stejně jako jsou nahraditelní ostatní účastníci v rolích ideálních postav (udělá-li se někomu nevolno, zaskočí někdo jiný a práce se ani nepřerušuje). Klientům je takto na vícero frontách dáváno na srozuměnou, že objekty i osoby využívané v terapeutickém prostoru jsou jeho pouhými kulisami a pro výsledky terapie nejsou, ba ani nesmí být jako takové podstatné.

Jak už řečeno, tento typ práce je ideální pro edukované, aktivně motivované klienty s dobrou rozlišovací schopností symbolických a reálných rovin skutečnosti a rozvinutou funkcí pilota. V tomto prostředí mohou velmi luxusně hledat a nacházet další a další odstíny svého self, skryté dosud pod historickou zátěží. Ne nadarmo bývá PBSP označovaná za dobrou „terapii pro terapeuty“. Z takového bonmotu ovšem zřetelně vyčnívá osten



otázky, zda lze touto prací také pomoci těm „doopravdy nemocným“. Co z výše zmíněného platí pro pasivně motivované, needukované klienty, jejichž úroveň rozlišovací schopnosti ani funkce pilota by nestačily na to, aby mohli z takového přístupu profitovat, a vyžadují pravidelnou, individuální péči? Je i v jejich případě PBSP relevantní formou psychoterapie? Níže navrhované pojetí PBSP může naznačit směr cesty.

Cituji nyní shora uvedenou rovnici opačně: čím blíže (častěji, v důležitých rolích a souvislostech) se dva lidé vůči sobě vzájemně objevují a pohybují, tím „obsazenější“ se vzájemně ve svých myslích vůči sobě stávají. Význam intersubjektivního prostoru a jeho kvality

Příklad 3

27letá umělkyně, přichází kvůli kolusivním konfliktům s partnerem, přecitlivělosti na kritiku. Projevuje se ustrácně, bystře, inteligentně, nikdy nechodila na terapii. Rychle vychází najevo anomální povaha obou jejích rodičů. Vzhledem k aktivní motivaci jí již při třetí schůzce dávám teoretické minimum PBSP, na které reaguje dalším zesílením motivace. Při čtvrté schůzce již děláme strukturu, docházíme k antidotu s ideálními rodiči. Příště referuje o „zajímavém zážitku“ s dosud nikdy neviděnými perspektivami a je velmi motivovaná pokračovat stejným způsobem. Přesto se po deseti minutách druhé struktury u čehosi zdržíme a zůstaneme u toho po zbytek času v běžném rozhovoru. K antidotu nedojdeme, zato jedna část jejího života je nyní mezi námi prokreslenější. Příště o PBSP dokonce nikdo nemluví, ona

roste úměrně této blízkosti. Tomu je nutno přizpůsobit aplikaci scénicko-symbolických postupů PBSP. V praxi jsem rozpoznal tuto zákonitost: Má-li být klient v kontinuálním pojetí připraven přijímat antidotum od inscenovaných ideálních figur ve strukturách, potřebuje nejprve zpracovat osobnost terapeuta, jeho profesionální styl a vstoupit s ním do velmi osobního dialogu. Terapeut, jakožto účastník téže intersubjektivnosti, potřebuje permanentně rozvíjet a obohacovat představu o klientově vnitřním světě. Takto pojatá intersubjektivita vytváří jakýsi terapeuticko-vztahový tmel, který tvoří ukotvující zázemí pro scénicko-symbolickou práci.

hovoří o partnerovi, já jí nabízím nějaké náhledy. V podobném duchu probíhají i další návštěvy. K PBSP se dostáváme znovu později, pokračujeme pomaleji, krok po kroku, ale zdárně.

Komentář: Zcela na počátku, kdy měla klientka velmi vágní představu o terapii, bylo rychlé uvedení přímo do struktury možné a žádoucí vzhledem k její aktivní motivaci, bystrosti a extrovertovanosti. Zážitek, který kvitovala, mohl být náčrtem možné budoucí plodné cesty, ale v kontinuálním pojetí nemohla terapie pokračovat tímto tempem. Potřebovala o sobě říci více, zažít, jak na to či ono reagují, měla mnoho konkrétních otázek. (Potřebovala se „usadit“ v terapeutickém vztahu anebo, chceme-li, „propracovat intersubjektivní prostor“.)



„Dvouvrstvý ochranný obal“ v kontinuálním pojetí PBSP

Zdá se tedy, že individuální, kontinuální pojetí PBSP (pravidelné časté schůzky probíhající v horizontu střednědobé, či dokonce dlouhodobé terapie) vyžaduje ve vztahu terapeut – klient jakýsi dvouvrstvý ochranný obal: inter-subjektivní prostor tvoří vnější vrstvu a je-li dobře rozvinuta v mimostrukturálním dialogu, může z ní vyrůst sféra možností v užším slova smyslu, v níž probíhají scénicko-symbolické děje a jsou generovány léčivé zážitky.

Sféra možností, o které mluví Pesso v topografickém smyslu, je tak fakticky prostor v prostoru. Terapeut zůstává vždy ve vnější, intersubjektivní vrstvě jako bezpečný průvodce a je na klientovi a jeho vývoji, jak je disponován vstoupit do specifické sféry možností struktury, tedy do scénicko-symbolického prostoru. Ve vyspěle rozvinutém terapeutickém procesu jsou obě vrstvy zřetelně odděleny a lze beze zmatku přecházet z jedné do druhé.

Příklad 4

45letá klientka usedá do křesla a říká s velkou rozhodností, že přichází, protože má problém s otcem, který byl alkoholik, v dětství ji bil a ona si nyní nevěří, nic ji nebaví a vůbec, trpí depresemi, bere již dva roky léky. Přichází proto na PBSP, protože jí ošetřující lékařka doporučila, že PBSP je přesně to, co jí pomůže...

Intervence: Postupuji standardně, jako téměř vždy v prvním kontaktu: naslouchám se zaujetím jejím sdělením, občas se doptávám, aktivněji se tážu na její současný život. Na konci se zmiňuji o PBSP: Je na správné adrese, provádím tuto práci často a rád, metody ale zásadně nezavádím předčasně. Průběžně může klást otázky, rád jí je zodpovím. PBSP je velmi specifická práce a sám s tím přijdu, jakmile to bude možné. Pak

Vnější vrstva, intersubjektivní prostor, má zásadní význam pro celistvost terapeutického procesu: Schází-li se klient s terapeutem individuálně, pravidelně a relativně často, potřebuje s ním vést živý, terapeutickému uspořádání přiměřeně autentický dialog, který není svázaný rituálem nástrojů PBSP. Kromě zmíněné funkce ukotvujícího zázemí pro scénicko-symbolickou práci, která z něho vyrůstá (nikoliv jej nahrazuje!), se v mimostrukturálním dialogu tvoří data-báze informací, či chceme-li, pole sdílených významů. Autenticita dialogu je ovšem protikladem cíleného, anamnestického rozhovoru či jakéhokoli standardizovaného dotazování, v němž získané informace mají povahu pouhých neobrazivých, objektivních údajů. Ty je jistě nutno postupně získat, ale v takto hrubé a obecné podobě jsou využitelné spíše v singulárním pojetí.

domlouváme schůzky v kontinuálním režimu atd.

Komentář: Anamnestické údaje sdělené s takovou razancí jsou sice závažné, ale s jejich přímým terapeutickým využitím v první individuální sessi se to má asi podobně jako s informací zmatenému turistovi v Praze, že Rakousko, na které se táže, dozajista nemine, půjde-li dost dlouho na jih a dáme mu do ruky kompas... S takto přímočarými informacemi by bylo lépe pracovat v singulárním pojetí: na workshopu, kde by nejprve proběhla edukace, cvičení, sdílení, otázky – to vše by vytvořilo alespoň minimální sféru možností, v níž by již jakž takž edukovaný klient mohl zvolit tematiku, s níž do struktury přijde, a zkušený terapeut by mohl posléze vést smysluplnou strukturu. V citovaném



případě bylo nutno redukovat klientčinu úzkost, vypolarizovaná očekávání a získat ji pro „mimostrukturní dialog“, který by začal vytvářet intersubjektivní prostor s databází sdílených významů, z nichž by bylo možno postupně vycházet.

V mimostrukturním dialogu se informace jen postupně vyjevují, vytvářejí mnohohrstevnatě propojené sítě významů či spíše obrazů, které se prohlubují, když se klient k určitým tématům vrací, některé motivy v různých souvislostech mnohokrát opakuje, o jiných nemluví. Může zde rovněž mluvit volně, bez ritualizovaného přerušování microtrackingem a nabýt zážitku, že má prostor, aby řekl to, co potřeboval, formou, jakou potřeboval a v rozsahu, v jakém potřeboval. Bez možnosti svobodně mluvit ne-

bude cítit dost onoho příslovečného „místa“ ve vztahu s terapeutem (v intersubjektivním prostoru) a do scénicko-symbolické sféry možností nevstoupí, protože ji nebude pociťovat jako rozšíření a obohacení, ale jako omezení, proti němuž vyvine rezistenci. V rozvíjejícím se dialogu a vzájemné reaktivitě s terapeutem se objevují nové souvislosti. Takto vedený dialog umožňuje terapeutovi nabízet ve strukturách, na něž postupně a průběžně dojde, mnohem diferencovanější kroky, vyhýbat se pasti opakování témat i antidota („*Tuhle ideální matku jsme tu přeci měli už třikrát...*“) a v případě potřeby trpělivě čekat, než se objeví látka, která má v sobě potenciál terapeutického zpracování.

Možné nástrahy absence kvalitního mimostrukturního dialogu u aktivně motivovaných

Příklad 5

26letá klientka přichází ve svízelné životní situaci se žádostí o dlouhodobou, pravidelnou terapeutickou péči. Jedním dechem vyslovuje přání pracovat formou PBSP, protože se jí tato terapie v minulosti zdaleka nejvíce osvědčila a považuje ji za vynikající. Jmenuje kolegy, jejichž workshopy navštívila či k nim po nějakou dobu individuálně docházela a kteří ji z jistých objektivních důvodů odkázali na mne. Jejímu přání provádět v rámci terapie převážně či výlučně struktury jsem nevyhovoval bez váhání. V jejím projevu jsem si všiml určitých inkoherencí, které mi znesnadňovaly představit si, jak vlastně vypadá její život. V hodinách mluvila téměř výhradně o dětství, rodičích a postavách okolo sebe, na něž měla velmi kritické, poněkud nekonzistentní, leč

přece zpracované náhledy. Ve strukturách si velmi aktivně vyhledávala ideální figury, projevovala nad nimi uspokojení, načež příště přicházela s pozitivní zpětnou vazbou. Struktury probíhaly zcela podle zvyklostí, jen jsem se nemohl zbavit určitého nepohodlí, že mne jaksí „nepotřebuje“. Asi po dvou měsících přišla zoufalá, že se její vztahový život hroutí, je zadlužená... Nechtěla o tom mluvit dříve – jednak se jí o tom mluví špatně, je to bolestné, zatímco ve strukturách „si to vždy užila“, jednak od terapie neočekává „pouhé mluvení o přítomnosti, s tím jí stejně nepomůže“, ale chce „opravdovou terapii“, práci s tělem... atd.

Komentář 1: Případ se vyvíjel složitě, chci poukázat jen na toto: klientčin netrpělivý až umanutý požadavek struktury a její mimovědomé rivalizující chová-



ní v podobě vypuzování terapeuta z procesu jsem si s odstupem času vysvětloval spíše jako úzkostné agování autonomie či formu dissociace nežli jako zralou kompetenci umožňující dávkovat si to, co potřebuji.

Pro určitou část aktivně motivovaných klientů, která ovšem aktivitu i kompetenci vyvinula jako kompenzaci či reaktivní výtvar vůči hluboké úzkosti z kontaktu („přemostili díry ve svém self dovednostmi“), může být singulární pojetí velmi přitažlivé, a to právě požadavkem na velkou míru autonomie, čímž poskytuje jakési mimikry jejímu nepozorovanému odehrávání. Je vždy delikátním úkolem pro terapeuta rozpoznat takové projevy. V singulárním režimu se jejich kompenzační aspekt nemusí vůbec projevit. Naopak v kontinuálním procesu individuální terapie, bez pout rituálu struktury, je terapeut záhy konfrontován s „děravým“ či různě tabuizovaným příběhem, inkoherencemi v projevu, různými formami negativního přenosu a dalšími jevy, které činí využití scénicko-symbolické práce problematickým.

III. APLIKACE METODY

Výše bylo řečeno, že terapeut, v prvopočátku nositel klientova pozitivního přenosu, opouští sféru možností ve prospěch scénicko-symbolických postupů, jakmile se daří mimostrukturním dialogem propracovat intersubjektívni prostor. Nyní lze tvrzení upřesnit a poopravit: terapeut se nikam „nehýbe“, ale je to naopak klient, který, pokud se dobře ukotvil ve vztahu s terapeutem,

Vymezení sféry možností resp. scénicko-symbolického prostoru

Význam termínů „sféra možností“ a „scénicko-symbolický prostor“ je prakticky totožný. Jakmile použijeme scénicko-symbolické postupy a inscenujeme ve

Míru autonomie, kterou práce ve struktuře na straně klienta vyžaduje, považují za jeden z hlavních argumentů pro „dvouvrstvý model“ v případě kontinuálního pojetí PBSP. Je-li v něm dobře rozvinutá intersubjektívni vrstva, klientův pilot není permanentně přetížen mnohaúrovňovou exekutivou, což mu umožňuje spočinout v poněkud pasivnější pozici vůči terapeutovi, který může uvážlivě a intuitivně sahat k dobře účinným fragmentům scénicko-symbolické práce (viz níže).

Mimostrukturní dialog tak poskytuje terapeutovi též permanentní zpětnou vazbu ohledně účinnosti struktur a implementace antidota do běžného života klienta. Znovu, nejde zde o zpětnou vazbu získanou přímým dotazováním po struktuře, jak je to běžné na workshopech, ale o příležitost průběžně sledovat, jak se vyvíjí stabilita klientovy nálady, jak zvládá emoce ve vztazích, jak se probarvuje jeho projev v rozhovoru, o co klesá míra jeho zájmu, co se mu naopak otevírá... atd.

sám může vstupovat do scénicko-symbolického prostoru, který mu terapeut pomáhá rozevřít, ale do něhož on za ním nikdy nevstupuje, jen jej zvnějšku provází, jak je to ve strukturách obvyklé.

V dalším textu chci nastínit způsoby myšlení, nástroje a techniky, které otevírají a etablují sféru možností pro scénicko-symbolické děje.

fyzickém prostoru místnosti fiktivní postavu vztahující se nějak ke klientovi, otevřeli jsme tím onu sféru možností, v níž se mají odehrávat terapeutické



zážitky (tedy v komunikaci klienta s inscenovanými, fiktivními postavami). Jde o velmi působivé prolnutí přítomné fyzické reality a intrapsychického procesu

Příklad 6

Požádal jsem 23letou klientku, překonačující letitou bulimii, aby vzala předmět, který představuje všechny asociace k jídlu, a položila jej před sebe. Učinil jsem tak asi po půlroční terapii, která probíhala běžným rozhovorem. Následovala otázka, co se jí vybavuje, když se na předmět dívá. Ona znatelně znervózňela, upadla do rozpaků a nebyla s to svůj stav zdůvodnit. Do konce hodiny setrvala v jakémsi křečovitě defenzivním nastavení.

Komentář: Klientka prostřednictvím symbolizujícího předmětu zpřítomnila nějaký rušivý obsah související s jídlem, na který reagovala. Příklad ilustruje, že symbolická-scénická jako taková nese v sobě mohutný potenciál evokovat silné zážitky, které mohou klienta okamžitě oslovit, od nichž však může rovněž dissociovat či vyvinout jiný druh obranné reakce. Příklad ilustruje rovněž nutnost organického vpojení těchto postupů do procesu, aby zážitek nepřekročil klientovu kapacitu pojmout jej a reflektovat (viz rovněž příklad 1).

Příklad 7

25letá klientka, dosud bez edukace a zkušenosti s PBSP, vzpomíná: „Pamatuji si, když mi bylo asi osm let, myslím, že jsem ten den něco ztratila, asi klíče. Už jsem usínala, když vešla rozzuřená matka. Vzbudila mě a tloukla, že jsem to nezažila... Když konečně odešla, hrozně jsem se bála, že se vrátí a že mě zabije.“

klienta, které zavádí skutečnost jiného řádu a pravděpodobně ovlivňuje implicitní paměť nebývale intenzivním způsobem.

V kontinuálním pojetí PBSP, které popisují, je typické postupné zapojování jednotlivých komponent scénicko-symbolické práce. Není žádné doporučené pořadí jednotlivých kroků ani definovaný čas, kdy by se to či ono mělo již v práci objevit. Časování i sekvence kroků je zcela ve službách jediného cíle: rozevřít v klientově mysli možnost specifické symbolické reality, která je fyzicky, smyslově ztvárněna v místnosti a odtud se stává jeho mentálním vlastnictvím, umožňujícím vidět svět jinýma očima.

Dobrou terapeutovou strategií je mít stále v mysli pracovní nástroje struktury a použít to či ono ve chvíli, kdy je to klient s to přijmout jako terapeutickou intervenci (pozor – jako terapeutickou intervenci, nikoliv jako látku jakéhosi edukačního programu, kterou by si měl osvojit).

Následující příklady demonstrují strategie, jakými lze specifické PBSP techniky zavádět do terapeutického procesu tak, aby scénicko-symbolickou sféru možností otevíraly.

Intervence: „Je na vás vidět, na vašem obličejí, jak jste i po letech v šoku, když na to vzpomínáte. Lidský mozek přesně takhle funguje – když o něčem mluvíme, je to, jako bychom tam částečně znovu byli i s týmiž pocity, jako tehdy – paměť tak ovlivňuje, jak se cítíme teď... Myslím, že máme co do činění s vaší intenzivní potřebou bezpečí



či ochrany a je naší společnou prací vytvořit ve vaší mysli zážitek, že vás někdo ochrání, zaštití, nedá vám ublížit, abyste se mohla cítit bezpečně...“

Klientka: smutně přikyvuje: „... a jak se to dělá??“

Intervence: „Kdybich vám mohl něco poslat do paměti, byla by to postava, která je vám nablízku, zaštituje vás a chrání vás – představil bych si pro vás, že stojí někde vedle vás (ukazuju rukou a naznačuju výrazným pohybem dospělou lidskou postavu, aby pohyb evokoval prostorovou představu) a mluvila by k vám přímou řečí. Říkala by vám: *kdybich já byla tehdy tam, stála bych při tobě, chránila tě a nenechala nikoho, aby ti ublížil*“ (řečeno pevným, rozhodným hlasem, za stálého naznačování rukou směrem k místu, kde je postava inscenována).

Klientka: ve zlomku vteřiny se rozjasní a říká hlasem plným satisfakce: „*To by bylo dobrý...*“

Intervence: „*Zase je to na vás vidět, jak jste za to ráda, jak se vám ulevilo a jak vás ta možnost uspokojuje... Takhle můžeme pracovat, kdykoliv to budeme potřebovat – vytvářet zážitky splněných potřeb takto scénicky, postavami vytvořenými nyní a zde v místnosti. Máme dobré neurologické důvody předpokládat, že si mozek je schopen takovéto smyslové a prostorové zážitky zpracovávat tak, že se cítíte pak celkově lépe. Člověk má pak reálně k takovým pocitům blíže, asi tak, jakoby býval v bezpečném prostředí doopravdy vyrůstal...*“

Komentář 1: Uvedení fiktivní postavy do fyzického prostoru, stejně jako její promluva se odehrály v proaktivní režii terapeuta, bez obvyklého vyjednávání. Celá intervence měla podobu demonstrace scénicko-symbolického prostoru,

tedy sféry možností. Ačkoliv bylo zjevně přítomné pozvání – bylo pouze na klientčině vnitřní připravenosti, zda do sféry možností vstoupí či nikoliv. Kdyby reagovala neutrálněji (např.: „*Aha, zajímavé*“ či devalvací: „*A to mi jako má pomoci, jo...?*“), terapeut by s ní mohl bez potíží zůstat před branami sféry možností, vést mimostrukturní dialog, setrvat na edukativní či meziosobně sdílecí úrovni, a říci např.: „*Já věřím, že ano, ačkoliv třeba ne teď hned...*“ Ona ale do sféry možností vstoupila – skrze bezprostřední pozitivní reakci na fiktivní postavu – udělala nejdůležitější krok a bylo pak třeba sféru možností ustavit na úrovni pilota: zvědomit pozitivní emoční reakci, nabídnout rychlý kontrakt na opakování takového postupu a teoreticky jej zdůvodnit. To vše v kondenzátu několika vět.

Komentář 2: Bez záliby v nadměrné klasifikaci považuji za užitečné odstupňovat všechny terapeutické činnosti příslušející do sféry možností podle míry jejich aplikace na:

1. nescénickou,
2. ilustrativně scénickou,
3. plně scénickou.

Toto dělení odstupňovává náročnost pro pasivně motivované klienty v kontinuálním přístupu v individuální terapii:

Ad 1) **Nescénická forma:** Stimuluje klientovu představivost, dává mu informace, ale ponechává jej v bezpečí dialogu s terapeutem, bez nároku, aby dialog opustil a upřel představivost do zcela jiné sféry.

Nescénické je svědkování v příkladu 7: „*Je na vás vidět, na vašem obličejí, jak vás to i po letech zasahuje, když vzpomínáte, jak...*“



Komentář: Intervence probíhá plně v dialogu s terapeutem, ač v sobě nese všechny důležité atributy svědkování: viditelnost emoce a informativnost o ní (nikoliv historicko-empaticizující domýšlení: „*To jste musela být ale v šoku, když...*“), zároveň osobně neurčité „ono“ nechává místo pro plně scénickou fiktivní postavu „svědka“. Prozatím však klientova pilota nezatěžuje nutností zabývat se fiktivní postavou, jejím zpracováním či odlišením od terapeuta.

Ukázka nescénické práce s ideálními figurami v příkladu 7:

Intervence: „*Můžeme používat takový scénický způsob práce – znamená to, že zde v místnosti, někde fyzicky okolo vás, kde si přejete, ztvárníme fiktivní postavy, které vám vytvářejí zážitek bezpečí, tykají vám jako blízké osoby a v přímé řeči vás ubezpečují o tom, že stojí při vás a nenechají vám ubližovat. Scénu dotváříme tak, aby vám dělala dobře, to je nejdůležitější. Máme dobré důvody předpokládat, že takový scénický zážitek může způsobit... atd.*“, viz výše.

Komentář: Zde je vše na úrovni popisu a diskuse. Informuje, vytváří předpoklady, uvádí do souvislosti, ale nechává v „uctivé vzdálenosti“. Za důležité považuji v tomto modu nevyslovovat průpovědi antidota v přímé řeči, ale v reportovacím modu, nezavádět rituální tykání postav, ale informovat o něm.

Ad 2) **Ilustrativně-scénická práce:** byla demonstrována v příkladu 7: terapeut proaktivně inscenuje postavy do fyzického prostoru, promluví za ně přímou řečí, neklade však žádného nároku, aby s ním klient spolupracoval, ale vyčkává, zda se klient emočně „chytne“ inscenované reality a vstoupí do sféry možností skrze bezprostřední reakce či zda setrvá na úrovni osobního sdílení s

ním, mimo sféru možností. Pokud je klient vyzván, aby si postavu či cokoli jiného inscenoval sám, a nemá ještě ucelenou představu, co má dělat ani k čemu to má být, může být zaskočen neobvyklým nárokem, kterému nerozumí (viz příklad 4) a může dissociovat od možného efektu. Někteří jiní ulpí pozorností na vnějškových atributech rituálu a příště se tážou: „*Budeme dnes zase pracovat s polštářky?*“ Další se myšlenkou rozmisťování symbolických předmětů nadchnou a začnou živelně improvizovat, což může být z hlediska zamýšleného efektu těžko zvládnutelné.

Ad 3) **Plně scénická forma:** Právě fenomén aktivního podílu klienta na vytváření scén odlišuje ilustrativní, symbolicko-scénickou podobu od plně symbolicko-scénické práce. Máme-li pracovat kvalitně na plně symbolicko-scénické úrovni ve sféře možností, je potřeba, aby klient:

1. Přicházel na hodiny motivován pracovat plánovitě scénicko-symbolickým způsobem a chápal takto vytvořenou symbolickou skutečnost jako smysluplnou a potenciálně účinnou.
2. Byl motivován a schopen ve strukturách aktivně přepínat pozornost k symbolicky ztvárňovaným fenoménům a reflektovat okamžitý účinek na prožívání a jeho dynamiku.
3. Rozvíjel schopnost rozlišovat nuance scénicko-dramatického provedení intervencí, aktivně je dotvářel k větší účinnosti (schopnost pohybu ruky situovat postavy do účinnějších pozic, verbálně dotvářet terapeutem navržené formulace).
4. Byl schopen udržovat kooperativní kontakt s terapeutem, přinášet informace o prožitcích v interakcích na scénicko-symbolické úrovni, asociovat na motivy těchto prožitků a domlouvat se na dalších intervencích.



Na straně terapeuta je třeba, aby:

1. Během intervencí pozoroval u klienta alespoň v minimální míře rozvoj „strukturního stavu vědomí“, tedy pozorovatelnou nonverbální reaktivitu a její proměny ve vztahu k scénicko-symbolickým dějům.
2. Měl evidenci, že scénicko-symbolické děje konvenují s dynamikou mimostrukturního sdílení, potažmo s klientovým reálným životem. Takovou evidenci je zároveň možno považovat za definici plného, integrovaného a fungujícího psychotherapeutického procesu v rámci kontinálního pojetí PBSP.

ZÁVĚR

Chci shrnout: jde mi především o příspěvek k adaptaci metody PBSP na každodenní klinicko-psychologickou praxi tak, jak je zhusta provozována ve zdejších socio-kulturních podmínkách. Odeslat klienta do sousedního obchodu dole v ulici, nechce-li koupit novou paměť, je zbytečně kategorické tam, kde obecné povědomí očekává spíše obchody se smíšeným zbožím, zatímco o síti vysoce specializovaných prodejen s jemně diferencovanou nabídkou nic neví a těžko si něco takového představuje.

Mnou navrhovaný dvouvrstvý model PBSP legitimizuje mimostrukturní dia-

log jako prostředek vytváření „vztahového tmelu“, který nejenže není překážkou scénicko-symbolické práci ve strukturách, ale pomáhá ji zavést, rozkošatět a integrovat.

Jsem si jist, že většina PBSP kolegů pracujících ve formátu střednědobé či dlouhodobé terapie používá velmi podobných sekvencí kroků, které jsem výše popsal já. Napomůže-li jim můj pokus o zpřehlednění postupů ke zlepšení orientace v metodě i v terapeutickém procesu, bude účel textu splněn.

ODKAZY NA PRAMENY A LITERATURU:

V textu se vyskytují citáty z přednášek a diskusí vedených v rámci výcvikových a otevřených workshopů, dále pak parafráze, zkratky a interpretace diskusí vedených tamtéž. Přímé citáty jsou psány kurzivou v uvozovkách. Některé z uvedených výroků a myšlenek jsou zachyceny na nepublikovaných videích, jiné nikoliv.

- 1) Úvodní workshop IV. výcviku 28. 11. 2012, videozáznam, archiv PBSP CZ, nepublikováno
 - 2) Bachg Michael, Body and Mind in Child Psychology a Child Psychoterapy, The Embodied Mind, mezinárodní konference PBSP, Amsterdam 2009
 - 3) Jde o volnou interpretaci a zkratku vícero instrukcí Alberta Pessa, které dal v průběhu času
 - 4) Workshop pro absolventy výcviků, listopad 2012, videozáznam, archiv PBSP CZ, nepublikováno
- Introduction to Pesso Boyden System Psychomotor, 1994, Franklin, New Hampshire, str 87-89



- 5) Odpověď A. P. na přímý dotaz autora textu na význam pojmu „sféra možností“, otevřený workshop, Freiburg, 2013
- 6) Parafraze diskuse, workshop pro absolventy výcviků, listopad 2012, videozáznam, archiv PBSP CZ, nepublikováno
- 7) Perquin Lowijs, Transference and Countertransference as a Vital tool in PBSP, 1994
- 8) Mitchell Steven S. Freud a po Freudovi, str. 192, Triton, Praha 2005

Mgr. Jan Šiřínek, (1966)

klinický psycholog a psychoterapeut, působí v soukromé praxi v Praze 6. Kromě odborné praxe po léta propaguje aktivně PBSP v ČR. O d roku 2012 je předsedou České asociace PBSP.

Do redakce přišlo 13. 12. 2014

Recenze 28. 12. 2013

Zařazeno do tisku 25. 2. 2014



TEORIE

KODYŠOVÁ, E.¹: PROČ JSOU NĚKTERÉ ŽENY S PORODEM NESPOKOJENÉ: PSYCHOLOGICKÉ A BIOLOGICKÉ KORELÁTY PERCEPCE SOCIÁLNÍ OPORY PŘI PORODU

SOUHRN: KODYŠOVÁ E: PROČ JSOU NĚKTERÉ ŽENY S PORODEM NESPOKOJENÉ: PSYCHOLOGICKÉ A BIOLOGICKÉ KORELÁTY PERCEPCE SOCIÁLNÍ OPORY PŘI PORODU. PSYCHOSOM 2014; 12(1) S. 25-34

Respektující a podpůrná interakce zdravotníků s rodičkou je důležitým faktorem spokojenosti s porodem. Jak rodička tuto interakci vnímá, ovlivňují nejen její předchozí zkušenosti s péčí, ale i fyziologické zvláštnosti porodního procesu. V tomto textu shrnujeme nedávné poznatky biologické psychologie o působení neurohormonu oxytocinu na sociální percepci. Ukazujeme, že právě oxytocin může mít za následek zvýšenou ovlivnitelnost rodící ženy a její senzitivitu na napětí prožívané zdravotníky. Subjektivní pocit ohrožení může být oxytocinem potencován a vést nejen k nižší spokojenosti ženy s porodem a horší spolupráci se zdravotníky, ale i snížit děložní kontraktilitu. Především u psychologicky rizikovějších skupin rodiček je proto vhodné zajistit pocit bezpečí a citlivý přístup zdravotníků. Možná opatření pro zlepšení péče zahrnují supervizi zdravotníků v porodnictví, zvyšování jejich psychosociálních dovedností a kontinuální péči „one-to-one“ v těhotenství a při porodu.

KLÍČOVÁ SLOVA: sociální percepcce, sociální opora, události životních změn, porod, ženské zdraví, oxytocin

ABSTRACT: KODYSOVA E. WHY ARE SOME WOMEN DISSATISFIED WITH THEIR CHILDBIRTH EXPERIENCE: PSYCHOLOGICAL AND BIOLOGICAL CORRELATES OF SOCIAL SUPPORT PERCEPTION DURING CHILDBIRTH. PSYCHOSOM 2014; 12(1) PP. 25-34

Respectful and supportive interaction of healthcare providers with a woman in labour determines significantly her childbirth satisfaction. Woman's perception of this interaction is influenced both by her previous care experiences and by the physiological specifics of birth. This text summarizes recent findings of biological psychology on the role of neurohormone oxytocin in social perception. We demonstrate that oxytocin can be the reason of increased vulnerability of women in labour and their sensitivity to stress experienced by healthcare providers. Oxytocin may augment a subjectively experienced threat and result not only in decreased birth satisfaction and worse cooperation with healthcare providers, but also lower the uterine contractility. Especially psychologically more vulnerable groups of parturients need to feel secure and be treated sensitively. Possible measures for improving the quality of care in this area include clinical supervision and psychosocial training in maternity care and continuous one-to-one care in pregnancy and childbirth.

KEY WORDS: social perception, social support, life change events, childbirth, woman's health, oxytocin

¹ Katedra psychologie FF UK Praha, vedoucí katedry Doc. PhDr. I. Gillernová, CSc.



ÚVOD

Zvýšení spokojenosti žen s porodem není jen otázkou poskytnutí určitého komfortu pacientce. Je i otázkou prevence negativních psychologických jevů, které se mohou u novopečené matky rozvinout, jako posttraumatická stresová porucha, jež má závažné a dlouhodobé dopady na kvalitu jejího rodičovství a partnerství po porodu [1], a podpory optimálního vstupu do rodičovství [5]. Spokojenost s porodem má řadu determinant, z nichž je ve většině případů rozhodující interakce zdravotníků s rodičkou. Ostatní události mají jen sekundární vliv: Zákroky a komplikace snižují spokojenost, jen pokud jsou nečekané a závažné, jako akutní císařský řez [30]; porodní bolest, jen je-li extrémní [19].

Interakce zdravotníků s rodičkou zahrnuje styl komunikace zdravotníků s rodičkou, sociální oporu, kterou jí zdravotníci poskytují, a kontrolu, kterou má nad tím, co se s ní v průběhu porodu děje. Jejich vliv prokázaly zahraniční [19] i české studie [38]; [39]. Vzpomínka na interakci personálu s rodičkou nejenže přetrvává dlouho v paměti žen [35], ale také dlouhodobě působí na

hodnocení porodu ženou [40] a je rozhodujícím činitelem jeho výsledné podoby: spokojenost s péčí porodní asistentky či lékaře dokáže změnit znaménko hodnocení porodního zážitku [43]. Vzpomínky na porodní bolesti se naopak s postupem času oslabují [4]. Interakce s personálem tedy může mít zásadní vliv na rozhodnutí, zda se žena rozhodne přivést na svět další dítě [1]. Předpokládá se přitom, že v této interakci je primární opora ze strany zdravotníků, která umožňuje ženě získat pocit kontroly nad tím, co se s ní a kolem ní děje [14].

Zatím však žádná studie nepřinesla jednoznačnou odpověď na otázku, proč je interakce se zdravotníky, a především sociální opora, pro hodnocení porodního zážitku tak významná. Nejasné jsou také kognitivní a afektivní mechanismy, které utvářejí vjem a později vzpomínku na porodní zážitek. V následujícím textu představíme proto poznatky sociální a biologické psychologie, které mohou k osvětlení těchto procesů přispět.

SOCIÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PERCEPCE SOCIÁLNÍ OPORY

Klíčovým psychologickým mechanismem při subjektivním hodnocení sociální opory je sociální percepce (vnímání). Tento pojem se vztahuje k prvotním dojmům, které si vytváříme o svém sociálním prostředí, tedy o osobách a skupinách, mezi kterými se nacházíme. Sociální percepce vychází převážně z mimoverbálních dojmů a je základem sociální kognice (poznávání), tedy procesu interpretace a porozumění sociálním jevům. Sociální podněty můžeme zpracovávat buď automaticky (řídíme se

ověřenými schémata či stereotypy), anebo záměrně (informace vědomě zkoumáme, a tím měníme stereotypy). Záměrné zpracování informací je podmíněno dostatečnou motivací či schopností informace takto rozpracovat, jinak se řídíme spíše předchozími významnými zkušenostmi s podobnou informací [13]. Při porodu tedy hraje roli jednak předchozí zkušenost s daným zdravotníkem, anebo (nezná-li žena zdravotníka) s podobným kontextem: tedy přijímání sociální opory a péče



v situaci, kdy je vystavena zahlcujícím, bolestivým podnětům.

Percepce sociální opory a spokojenost s ní je v sociální psychologii zdraví podrobně prozkoumána. Spokojenost se sociální oporou je dána pozitivním sebepojetím a sebehodnocením [15]; mírou, v jaké se jedinec cítí přijímán, milován a součástí intimních vztahů

[34]; pevnými vztahy v primární rodině [33]; na míře dostupné pomoci, hloubce vzájemných vztahů a absenci interpersonálních konfliktů v rodině [32]; [23]; a na typu citové vazby (attachment) získané v primární rodině [2]. Subjektivní reakce ženy na zdravotní péči při porodu tedy může být ovlivněna i jejími ranými zkušenostmi s péčí v rodině.

BIOLOGICKÉ KORELÁTY PERCEPCE SOCIÁLNÍ OPORY: OXYTOCIN A SOCIÁLNÍ KOGNICE

Znalosti o psychosociálních korelátech percepce sociální opory vysvětlují zčásti to, jak ženy vnímají zdravotníky a oporu a péči jimi poskytovanou. Je však třeba brát v úvahu i aktuální fyziologické procesy, které porod charakterizují. Silná bolest sama o sobě brání většímu rozpracování sociálních vjemů, a může tak omezovat percepci a interpretaci poskytované opory na předchozí stereotypy spojené např. s přijímáním opory v době nemoci nebo na předchozí schéma spojené s očekávaným přístupem ze strany zdravotníků. Ke konci první doby porodní je pro ženu navíc téměř nemožné plnohodnotně komunikovat se zdravotníky a její sociální percepce se omezuje na útržkovité vjemy, jejichž rozpracování je v průběhu sociální percepce velmi nízké. Přesto však jsou rodičí ženy v některých oblastech sociální percepce velmi vnímavé. Ojedinelý výzkum porovnávající hodnocení porodu a jeho jednotlivých aspektů rodičkou, porodní asistentkou a lékařem či lékařkou ukázal, že ačkoli se hodnocení jednotlivých účastníků často rozcházejí (např. spokojenost zdravotníků s porodem nekoreluje se spokojeností rodičky), rodičky obvykle dobře rozpoznaly napětí a stres, které zdravotník zažíval. Stres zažívaný zdravotníky pak vedl k nižší

spokojenosti rodiček s porodem a nižšímu hodnocení opory poskytované zdravotníky [37].

Rodičí ženu jsme v předchozích publikacích charakterizovali jako „ovlivnitelnou a senzitivní“ [21]. Tuto senzitivitu lze vysvětlit i působením neurohormonů, které zaplavují při porodu ženino tělo. Jedním z klíčových hormonů ovlivňujících průběh porodu a zároveň sociální percepci je oxytocin. Oxytocin, řecky „rychlý porod“, je znám především pro své periferní působení na hladké svalstvo endometria při porodu. Děložní kontrakce stimulují jeho další vyplavování, a díky této pozitivní zpětné vazbě jeho hladina v průběhu porodu neustále stoupá. Oxytocin však působí i na limbickou oblast mozku související s emočním prožíváním, především na amygdalu [41], a proto byl oxytocin znám dlouhá léta jako hormon lásky [29].

Zjištění přesného účinku oxytocinu na CNS však bylo řadu let problematické. Umělý oxytocin, který je často podáván při nepostupujícím porodu, není s to překonat hematoencefalickou bariéru, a jeho působení proto zůstává pouze periferní [25]. Oxytocin je hypofýzou



vyplavován nikoli kontinuálně, ale pulzacemi, proto jeho hladina v plazmatu kolísá a není snadné ji přesně změřit. Navíc není dosud jasný vztah mezi hladinou centrálního a plazmatického oxytocinu [41]. Centrální oxytocin lze měřit odběrem a analýzou mozkomíšního moku, což znemožňuje sledování jeho hladin v sociální interakci [6]. Přesto však je považováno za prokázané, že při porodu stoupá nejenom hladina plazmatického, ale i centrálního oxytocinu [42].

V posledním desetiletí však výzkum centrálního působení oxytocinu významně pokročil. Příčinou bylo zjištění, že intranasálně podaný oxytocin překonává na rozdíl od intravenózně podaného oxytocinu hematoencefalickou bariéru, a lze tak měřit i jeho centrální účinek na prožívání a chování [3]. Experimentální studie přitom pověst oxytocinu jako „hormonu lásky“ či „hormonu afiliace“ sice částečně narušily, ale zároveň naznačily, jak mohou zvýšené hladiny centrálního oxytocinu při porodu ovlivnit sociální percepci rodiček.

Obecně řečeno, oxytocin reguluje behaviorální a endokrinní stresové reakce [18]. Pravděpodobný hlavní mechanismus jeho působení zahrnuje snížení stresu omezením hypothalamicko-hypofyzárně-adrenální aktivity [41]. Někteří odborníci však uvádějí, že k potlačení stresové reakce dojde pouze v případě interakce s příslušníky vlastní skupiny; po podání oxytocinu se ochota spolupracovat s cizí skupinou snižuje, a naopak se zvyšuje hostilita a agresivita. Nejsilnější efekt v tomto směru mělo podání oxytocinu účastníkům, kteří měli z cizí skupiny větší strach [8].

Prosociální efekt oxytocinu by také měl dle očekávání zvýšit důvěru v partnera, a tím zlepšit benefity sociální interakce. Je skutečně prokázáno, že podání intra-

nasálního oxytocinu obecně zvyšuje důvěru v sociálních interakcích [22]. Měření úrovně plazmatického oxytocinu však naznačuje, že hladina oxytocinu stoupá pouze v případě, že partner prokáže záměr chovat se prosociálně [44]. Při setkání s partnerem, který očividně působil nedůvěryhodně, po aplikaci oxytocinu však důvěra klesá víc, než po aplikaci placeba [28].

Je také známo, že pozitivní sociální interakce, jako sociální opora či sociální blízkost, vedou k uvolňování oxytocinu, který reprezentuje možný mediátor ochranných účinků sociální opory [18]. Podání oxytocinu zároveň s poskytnutím sociální opory je přitom ve snižování stresové reaktivity nejúčinnější [17].

Oxytocin také přímo ovlivňuje právě sociální percepci a interpretaci sociálních signálů [18]. Hlavním mechanismem tohoto účinku je přitom zlepšení schopnosti rozpoznat mentální stav druhých osob ze sociálních signálů v oblasti očí [9]. Podání oxytocinu vede u osob s alexithymií (snížená schopnost emoční kognice, tedy rozpoznávání emocí ostatních) k vyššímu zaměření na oblast očí, a tak zlepšuje jejich schopnost „číst“ emoce ostatních [41]. Oxytocin vede i k preferenci tváří vyjadřujících konkrétní emoci. U mužských probandů přitom prodloužil dobu pozornosti věnované tvářím vyjadřujícím štěstí [10].

Poslední citovaný výzkum ilustruje, že převážná většina výzkumů účinku intranasálně podaného oxytocinu byla uskutečněna na mužích. Důvodem je především donedávna vládnoucí obava z možné interference intranasálně podaného oxytocinu s endokrinním systémem žen a ze silných systémových efektů [Prof. Markus Heinrichs, osobní sdělení ze dne 21. listopadu 2012]. Výzkumy, které zahrnovaly i ženy a porovnávaly obě pohlaví co do účinku



oxytocinu, přinesly přitom zajímavá zjištění.

Mezi oběma pohlavími existují rozdíly už na endokrinní úrovni: Muži produkují obecně méně oxytocinu než ženy [36]. Produkce oxytocinu a proliferace oxytocinových receptorů jsou u žen regulovány estrogenem; postupný vzestup hladiny estrogenů v průběhu těhotenství vede rovněž ke zvýšení počtu oxytocinových receptorů [6]. Zdá se také, že při podání oxytocinu se při emoční kognici u žen aktivují jednotlivé části limbického systému v jiné sekvenci než u mužů. To svědčí o možném sexuálním dimorfismu v centrálním působení oxytocinu [11]. Rozdíl byl zjištěn především v reakci na výhrůžné výrazy tváře: zatímco oxytocin v tomto případě u mužů potlačuje reaktivitu amygdaly, a tím i stresovou reakci, u žen se působením oxytocinu reaktivita amygdaly při konfrontaci s výhrůžným výrazem tváře zvyšuje. Oxytocin zřejmě ženám pomáhá odhalit signály hrozby v prostředí [26]. Muži a ženy také reagují odlišně na sociální stres (např. výkon v hostilním prostředí): podání oxytocinu vede u mužů k snížení stresu a zlosti, zatímco u žen vede k jejímu zvýšení [24]. Efekt oxytocinu je však zřejmě moderován strategií zvládnání stresových situací, kterou jedinec obvykle uplatňuje: Při experimentálně navozené situaci sociál-

ního stresu byl největší anxiolytický účinek oxytocinu zjištěn u žen, které preferují emotivní strategie zvládnání (emotion-oriented coping) oproti strategiím zaměřeným na řešení. Naopak u žen preferujících strategie zaměřené na řešení (task-oriented coping) vedl oxytocin oproti placebo ke zvýšení stresu [7].

Ačkoli jde o první studie v této oblasti, zdá se, že efekt oxytocinu je tedy pro každé pohlaví specifický a závisí nejen na sociální situaci, ale i na psychologických charakteristikách jedince. Depresivní jedinci například po podání oxytocinu více ulpívají na smutných výrazech tváře, zatímco nedeprativní osoby preferují šťastné výrazy [12].

Basální hladina oxytocinu také není náhodná, ale závisí kromě jiného i na předchozích sociálních zkušenostech z blízkých vztahů. Zneužívání v dětství je u žen spojeno s nižšími hladinami oxytocinu v mozkomíšním moku. Nejvýraznější efekt byl přitom zjištěn u emočního zneužívání; koncentraci oxytocinu snižovala i četnost, krutost a délka trvání zneužívání a zjištěná současná úzkostnost ženy [16]. Je tedy pravděpodobné, že psychosociální prediktory percepce sociální opory – pevná citová vazba a s ní související podpurné a přijímající vztahy v rodině – přímo souvisí s hladinou oxytocinu.

ZÁVĚR

Z různorodosti výsledků výzkumů a jejich zaměření vyplývá, že nelze činit přímočaré a jednoznačné závěry o tom, jak rodící žena pod vlivem centrálního oxytocinu a předchozích zkušeností vnímá oporu poskytovanou zdravotníky. Nejnovější zjištění o působení centrálního oxytocinu však osvětlují některé důležité procesy. Oxytocin s nejvyšší pravděpodobností zlepšuje schopnost

rodící ženy rozpoznat emoce osob, které ji obklopují (a pravděpodobně zvyšuje její zaměření na výhrůžně působící tváře). Za optimálních podmínek oxytocin snižuje u rodící ženy úzkost a zvyšuje její důvěru vůči zdravotníkům. Tak zlepšuje její spolupráci a pocit kontroly, ale i to, jak později hodnotí oporu, jež jí byla poskytnuta. Pozitivní emoce pak vedou k dalšímu vyplavování oxytocinu. V pří-



padě, že zdravotníci zažívají stres (což při běžném provozu není neobvyklé), rodící žena jejich rozpoložení zaznamená. Pokud jej navíc vyhodnotí jako nedostatek důvěryhodnosti, nebo se z jiného důvodu necítí při porodu bezpečně, může reagovat naopak hostilněji a její vlastní napětí a úzkost se zvyšují. Nedůvěra ve zdravotníky může navíc ovlivnit i hladinu plazmatického oxytocinu [44], a tím i děložní kontraktilitu.

Je také možné, že některé skupiny žen mohou při porodu reagovat specificky: např. na rodičky preferující strategie zvládání zaměřené na racionální řešení [7] působí zvýšená hladina centrálního oxytocinu v kombinaci se sociálním stresem (např. nedostatečný pocit bezpečí, potřeba „podat výkon“ či potlačit projevy bolesti) nepříznivě. Rodičky se zkušeností emočního zneužívání či s předchozími psychickými obtížemi mají při pocitu nedostatečné opory ze strany zdravotníků a nedostatečné kontroly v průběhu porodu vyšší pravděpodobnost výskytu posttraumatické stresové poruchy (PTSD) v souvislosti s porodem [30]. Tyto ženy také uvádějí mnohem častěji potřebu důvěry a bezpečí při porodu [31]. Lze proto usuzovat, že zvýšení hladiny porodního oxytocinu vede u těchto žen zároveň ke zvýšení citlivosti vůči interakcím se zdravotníky, kteří jsou častěji vnímáni jako nedůvěryhodní a nepřátelští. K podobnému posunu ale může dojít i v případě menších odchylek od normy: v našem výzkumu změny rodičovské self-efficacy v předporodním období se mj. ukázalo, že čím vyšší byla rodičovská self-efficacy před porodem, tím více stoupalo i hodnocení opory poskytnuté v průběhu porodu zdravotníky. Rodičovská self-efficacy přitom úzce souvisí s pozitivními zkušenostmi s rodičovskou péčí v dětství [20]. Význam pocitu bezpečí pro hladce probíhající

porod a spokojenost s porodem byl už prozkoumán a potvrzen dříve [27].

Téma vlivu zvýšené hladiny centrálního oxytocinu na sociální percepci rodících žen představuje prolínání biologického, psychologického a sociálního pojetí porodního procesu. Ačkoli zatím stále zbývá řada otevřených otázek, stávající práce vedou k závěru, že nejen zjevné okolnosti porodního procesu (děložní kontrakce, zákroky, prostředí nemocnice, interakce s personálem), ale i faktory skryté, jako vlivem porodu zvýšená hladina centrálního oxytocinu, ovlivňují sociální percepci rodící ženy, modulují a zvýrazňují její emoční vyladění, a tím i její interakci se zdravotníky. Rodící žena je skutečně ve změněném stavu vědomí, kdy citlivě zachycuje přátelské či méně přátelské postoje osob kolem sebe. Pokud je disponovaná více zachycovat ty méně přátelské, anebo pokud tyto převládají, ovlivní to dlouhodobě její porodní prožitek, se všemi důsledky pro její rodičovský a partnerský život.

Uvedená zjištění umožňují navrhnout opatření, která povedou k snížení emoční zátěže, a tedy i k zvýšení spokojenosti s porodem. Je to především zajištění dostatečné emoční pohody pro zdravotníky, kteří o rodící ženu pečují. Supervize již byla navrhována v souvislosti se zlepšením psychosociálního klimatu českých porodnic [38]; [39] a v kontextu zjištění o vlivu oxytocinu na sociální percepci je nutné toto doporučení znovu zopakovat. Zvýšení povědomí o psychosociálních aspektech porodního procesu a zlepšení komunikačních dovedností jsou také mnohdy na místě. Sociální stres řady rodiček také jistě sníží důvěrnější obeznamenost s osobami, které o ně při porodu pečují. Vhodným řešením je umožnit, aby o ženu v porodnici pečovala jí vybraná (soukromá) porodní asistentka či lékař. Nabízejí se i další opatření týkající se práce s těhotnými;



smysluplnější než zavádění kvantitativního screeningu žen na případnou „emoční rizikovost“ se však zdá empatický a celostní přístup osvědčeného zdravotníka (lékaře či porodní asistentky)

pečujícího o těhotnou a rodící ženu, který spolu s kontinuální péčí umožní přiměřenou sociální interakci při porodu.

Článek byl vypracován s podporou stipendia Baden-Württemberg Stiftung.

LITERATURA:

1. Ayers, S., Eagle, A. & Waring, H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychol Health Med*, 2006, 11, 4, p. 389-398.
2. Bernardon, S., Babb, K., Hakim-Larson, J., & Gragg, M. Loneliness, attachment, and the perception and use of social support in university students. Educational Publishing Foundation, *Can J Behav Sci*, 2011, 43, 1, p. 40-51.
3. Born, J., Lange, T., Kern, W., et al. Sniffing neuropeptides: a transnasal approach to the human brain. *Nat Neurosci*, 2002, 5, 6, p. 514-516.
4. Buckley, S. J. *Gentle birth, gentle mothering*. Berkeley, CA: Celestial Arts, 2009.
5. Bryanton, J., Gagnon, A., Hatem, M., & Johnston, C. Predictors of early parenting self-efficacy: Results of a prospective cohort study. *Nurs Res*, 2008, 57, 4, p. 252-259.
6. Campbell, A. Attachment, aggression and affiliation: the role of oxytocin in female social behavior. *Biol Psychol*, 2007, 77, 1, p. 1-10.
7. Cardoso, C., Linnen, A., Jooper, R., & Ellenbogen, M. Coping style moderates the effect of intranasal oxytocin on the mood response to interpersonal stress. *Exp Clin Psychopharmacol*, 2012, 20, 2, p. 84-91.
8. De Dreu, C.K.W., Greer, L., Handgraaf, M., et al. The neuropeptide oxytocin regulates parochial altruism in intergroup conflict among humans. *Science*, 2010, 328, 5984, p. 1408-1411.
9. Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., et al. Oxytocin improves “mind-reading” in humans. *Biol Psychiatry*, 2007, 61, 6, p. 731-733.
10. Domes, G., Sibold, M., Schulze, L., et al. Intranasal oxytocin increases covert attention to positive social cues. *Psychol Med*, 2012, 1, 1, p. 1-7.
11. Domes, G., Lischke, A., Berger, C., et al. Effects of intranasal oxytocin on emotional face processing in women. *Elsevier, Psychoneuroendocrinology*, 2010, 35, 1, p. 83-93.
12. Ellenbogen, M., Linnen, A., Cardoso, C., & Jooper, R. Intranasal oxytocin impedes the ability to ignore task-irrelevant facial expressions of sadness in students with depressive symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, 2012, v tisku.



13. Fiedler, K. a Bless, H. Sociální kognice. In: M. Hewstone & W. Stroebe. Sociální psychologie. Praha: Portál, 2006, s. 149-187.
14. Ford, E., Ayers, S. & Wright, D.B. Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *J Womens Health*, 2009, 18, 2, p. 245-252.
15. Goodwin, R., Costa, P. & Adonu, J. Social support and its consequences: 'Positive' and 'deficiency' values and their implications for support and self-esteem. *Brit J Soc Psychol*, 2004, 43, 3, p. 465-474.
16. Heim, C., Young, L., Newport, D., et al. Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Mol Psychiatry*, 2008, 14, 10, p. 954-958.
17. Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., et al. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry*, 2003, 54, 12, p. 1389-1398.
18. Heinrichs, M., von Dawans, B., Domes, G., et al. Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2009, 30, 4, str. 548.
19. Hodnett, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 186, 5, p. 160-172.
20. Kodyšová, E. & Horáková Hoskovcová, S. Raná rodičovská self-efficacy a sociálně-psychologické aspekty porodního zážitku. Sborník vybraných příspěvků z PhD existence II: česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, p. 167-176.
21. Kodyšová, E. & Mrowetz, M. Psychologie porodu – chiméra, nebo realita? *Psychosom*, 2010, 8, 1, p. 38-45.
22. Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P., et al. Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 2005, 435, 7042, p. 673-676.
23. Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001.
24. Kubzansky, L., Mendes, W., Appleton, A., et al. A heartfelt response: Oxytocin effects on response to social stress in men and women. *Biological Psychology*, 2012, 90, 1, p. 1-9.
25. Lane, A., Luminet, O. & Mikolajczak, M. Oxytocinergic modulation of emotional processes in social interactions. In: C. Mohiyeddini, M. Eysenck, & S. Bauer. *Psychology of Emotions*. New York: Nova, 2013.
26. Lischke, A., Gamer, M., Berger, C., et al. Oxytocin increases amygdala reactivity to threatening scenes in females. *Psychoneuroendocrinology*, 2012, v tisku.
27. Melender, HL & Lauri, S. Security associated with pregnancy and childbirth-experiences of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 2001, 22, 4, p. 229-239.
28. Mikolajczak, M., Gross, J., Lane, A., et al. Oxytocin makes people trusting, not gullible. *Psychol Sci*, 2010, 21, 8, p. 1072-1074.
29. Odent, M. The scientification of love. London: Free Association Books, 2001.



30. Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & Van Son, M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clin Psychol Rev*, 2006, 26, 1, p. 1-16.
31. Parratt, J. The experience of childbirth for survivors of incest. *Midwifery*, 1994, 10, 1, p. 26-39.
32. Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol*, 1991, 61, 6, p. 1028-1039.
33. Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A., & Sarason, I.G. Investigating the antecedents of perceived social support: Parents' views of and behavior toward their children. *J Pers Soc Psychol*, 1993, 65, 5, p. 1071-1085.
34. Sarason, B. R., Shearin, E., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *J Pers Soc Psychol*, 1987, 52, 4, p. 813-832.
35. Simkin, P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. 1991, *Birth*, 18, 4, p. 203-210.
36. Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. Social support. *Health Psychol*, 2004, p. 158-82.
37. Schwab, R. & Möller, I. Bedingungen des Geburtserlebens und der Zufriedenheit bei Wöchnerinnen, Ärzten/Ärztinnen und Hebammen In E. Brähler & U. Unger. *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2001, S. 54-70.
38. Takács, L. & Kodyšová, E. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Čes gynek*, 2011, 76, 3, s. 199-204.
39. Takács, L., Kodyšová, E. & Seidlerová, J. Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu. *Čes gynek*, 2012, 77, 3, s. 195-204.
40. Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., et al. Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 2006, 27, 4, p. 211-224.
41. Steiner, A. *Effects of oxytocin on emotion recognition and eye gaze*. Göttingen: Cuvillier Verlag, 2008.
42. Takeda, S., Kuwabara, Y. & Mizuno, M. Effects of pregnancy and labor on oxytocin levels in human plasma and cerebrospinal fluid. *Endocrinol Jpn*, 1985, 32, 6, s. 875-880.
43. Waldenström, U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 2004, 31, 2, p. 102-107.
44. Zak, P. J., Kurzban, R. & Matzner, W. T. Oxytocin is associated with human trustworthiness. *Elsevier, Horm Behav*, 2005, 48, 5, p. 522-527.



Adresa:
Filozofická fakulta UK
Nám. J. Palacha 2
116 38 Praha 1
Eliska.Kodysova@gmail.com
tel. 605 911 677

Do redakce přišlo 7. 10. 2013
K tisku zařazeno 27. 2. 2014



VÝZKUM

VČELAŘOVÁ H., BENDOVÁ M.: HODNOCENÍ NĚKOLIKA ADOLESCENTNÍCH DĚTÍ S NADVÁHOU A OBEZITOU ZE STRANY VÝZNAMNÉ VRSTEVNICKÉ SKUPINY JAKO SOUČÁST JEJICH BĚŽNÉ SOCIÁLNÍ REALITY

ZPRÁVA O DÍLČÍCH VÝSLEDČÍCH JEDNOHO VÝZKUMU

Motto: „Ale z čeho se tedy vlastně skládá dobrá duševní a duchovní strava? Dobrá duševní strava se skládá z pestrých lidských vztahů a přátelství, ze schopnosti spolupráce, tolerance, solidarity a velkorysosti, které se projevují formou neustálého dávání a přijímání.“

(Danzer, 2001, s. 140).

SOUHRN: VČELAŘOVÁ H., BENDOVÁ M.: HODNOCENÍ NĚKOLIKA ADOLESCENTNÍCH DĚTÍ S NADVÁHOU A OBEZITOU ZE STRANY VÝZNAMNÉ VRSTEVNICKÉ SKUPINY JAKO SOUČÁST JEJICH BĚŽNÉ SOCIÁLNÍ REALITY, PSYCHOSOM 2014; 12(1). S.35-48

Autorky příspěvku seznamují s dílčími výsledky vlastní sociometricky zaměřené metody, kterou aplikovaly ve třídách druhého stupně jedné ZŠ v České republice. V příspěvku je věnována pozornost hlavně těm výstupům, které se vztahují ke skupince dětí s nadváhou a obezitou. Pro adolescentní děti je prostředí školy a školní třídy důležitou součástí sociální reality, která značně ovlivňuje utváření jejich sebedůvěry, sebevědomí, identity a z těchto hledisek ovlivňuje po řadu kritických let kvalitu jejich života. Některé klinicky zaměřené zahraniční publikace tuto realitu reflektují a okolnostem života dětí s nadváhou a obezitou ve školním prostředí věnují pozornost (Kiess et al., 2009; Pallan et al., 2012; Taylor et al., 2005; Skidmore, Yarnell, 2004). Vzhledem k malému počtu dětí s nadváhou a obezitou byly výsledky v diskusi a v závěrečné části příspěvku shrnuty jen popisným způsobem.

KLÍČOVÁ SLOVA: adolescence, dětská nadváha a obezita, sociální realita, psychosomatické aspekty obezity

SUMMARY: VČELAŘOVÁ H., BENDOVÁ M.: THE ASSESSMENT OF A FEW ADOLESCENT CHILDREN WITH OVERWEIGHT AND OBESITY BY SIGNIFICANT PEER GROUPS AS A PART OF THEIR COMMON SOCIAL REALITY; A REPORT ON THE PARTIAL RESULTS OF ONE SURVEY. PSYCHOSOM 2014; 12(1) PP.35-48

The authors of this article acquaint with the partial results of their own sociometric focused method, that they applied on the second stage of one elementary school in the Czech Republic. Attention is paid mainly to those outcomes, that relate to a group of children with overweight and obesity. For adolescent children are school environment and school classes important part of social reality, that greatly affects the formation of self-confidence, self-esteem, identity and affects many aspects of their quality of life during these crucial years. Even some clinically oriented foreign publications reflect this reality and pay attention to these circumstances of these children's life (Kiess et al., 2009; Pallan et al., 2012; Taylor et al., 2005; Reilly et al., 2012; Skidmore, Yarnell, 2004). Taking into account the small number of this specific group, the results were summarized in the final part of article only in a descriptive way.

Keywords: adolescence, childhood overweight and obesity, social reality, psychosomatic aspects of obesity.



ÚVOD

K jednomu z nejdůležitějších vývojových úkolů pubescentních a adolescentních dětí patří postupné odpoutávání se z emoční závislosti na svých rodičích, kdy v optimálním případě silný vztah mezi rodiči a nimi sice přetrvává i v dalších letech, ale charakter tohoto vztahu se proměňuje. Současně je období pubescence a adolescence obdobím vzrůstajícího vlivu vrstevnických skupin, které se spontánně utvářejí i ve školních třídách a ve školním prostředí.

Odborníci, kteří se důsledky vztahových problémů ve třídách zabývají (kliničtí psychologové, psychiatři, školští poradní pracovníci a další.), mají málokdy možnost komunikovat s větším počtem dětí, které jsou neoddelitelnou (i když třeba jen pasivní) součástí vývoje konfliktních vztahů mezi dětmi. Důsledky vztahových problémů ve třídách jsou zpravidla řešeny s těmi, kteří jsou označeni jako jejich původci nebo oběti, popř. s několika mála svědky. V případě vyhrocených konfliktů, které bývají typické pro pokročilá stadia šikany, svědci kritických událostí zpravidla inklinují k jedné či druhé straně (kamarádi se drží pohromadě) a tak se nám často dostává stereotypních verzí popisů událostí, tak, jak nám je děti inklinující k jedné či druhé straně

METODA

Za účelem získání odpovědí na výše uvedené otázky byla vytvořena sociometricky zaměřená výzkumná metoda (viz příloha č. 1), při jejíž konstrukci bylo čerpáno především z doporučení dvou autorů (Hrabal, 2002; Chráska, 2007).

poskytují. Z literatury je rovněž známá souvislost mezi pokročilejšími stadii šikany a vzrůstajícím odporem vypovědí ze strany dětí i v situaci dyadicky vedených rozhovorů (Kolář, 2005; Říčan, 2010). Možnosti práce se třídou jsou časově omezené a ne všechny děti mají odvahu vyjádřit své zkušenosti. Komunikuje se zpravidla s několika málo „mluvčími“ a určitá část dětí jen opakuje již vyslovené. Nepracuje-li se s třídou pravidelně, což je vzhledem k velkému počtu osvětových akcí v současném školství více než pravděpodobné, potom se stává, že se děti vracejí k původnímu způsobu chování vůči „viníkům a černým ovčím“. Tyto a další důvody vedly k pokusu aplikovat metodu, která by poskytovala spíše kvalitativní výpovědi o chování, projevech a vnímané pozici jednotlivých dětí ze strany jejich spolužáků.

Původním a hlavním cílem užití metody bylo hlubší porozumění vztahům mezi dětmi ve třídách a volba vhodného způsobu případné intervence. V tomto příspěvku je však hlavní pozornost věnována dílčímu výzkumnému cíli, který tvořila otázka:

Jaké hodnocení získají od svých spolužáků děti s nadváhou a obezitou ve sledovaných třídách?

Výzkumný nástroj je tvořen osmi sledovanými dimenzemi projevů sociálního chování dětí vůči svému sociálnímu okolí ve třídě, nebo naopak. Dle Hrabala (2002) lze dobrou sociální pozici ve třídě získat na základě kompetencí, vlivu a oblíbenosti. Na základě zkušeností tohoto autora byly



tyto tři dimenze do našeho sociometrického dotazníku zařazeny a z pragmatických důvodů rozšířeny ještě o pět dalších. Sociometricky zaměřenou metodu tedy tvořily tyto dimenze: vliv, oblíba, prestiž (kompetence), antipatie, šikanovaný, slabý/nestačí ostatním, verbálně agresivní a fyzicky agresivní. Ke každé z těchto osmi dimenzí byly přiřazeny tři výroky (tvrzení), které měly chování nebo hodnocení určitého žáka v této dimenzi zdůvodnit či vysvětlit. Na základě hodnocení ze strany ostatních v těchto třech tvrzeních, která se vztahují vždy ke konkrétní dimenzi, získal žák v této dimenzi výsledné skóre, které bylo srovnatelné s průměrem třídy v uvedené dimenzi a přineslo informace o tom, zda zde žák získal extrémní hodnocení aj. Dimenze a přiřazená tvrzení jsou uvedena v následujícím textu:

I. Vliv – „...pozice vlivu vyjadřuje, v jakém rozsahu žák ovlivňuje interakci a činnost spolužáků i třídy jako celku“, (Hrabal, 2002, s. 58). K této dimenzi byla přiřazena následující tři tvrzení:

1. Jeho/její názor má v naší třídě velký vliv.
2. Svůj názor dokáže ve třídě prosadit i v případě, že se odlišuje od názorů ostatních.
3. Dokáže se účinně zastat ostatních.

II. Oblíba – „Pozice podle oblíby bývá označována také jako pozice podle akceptace, přijetí jedince skupinou, v jiných souvislostech jako popularita, sympatičnost, přitažlivost“ (Hrabal, 2002, s. 62). V této dimenzi bývá kladen důraz na solidaritu, jistotu pozitivního ladění a pozitivní akceptace (Hrabal, 1989).

K této dimenzi byla přiřazena následující tři tvrzení:

1. Je mi sympatický/sympatická.
2. Je dobrý/á kamarád/ka.

3. Je vždy ochotný/á pomoci.

III. Antipatie – nechuť, nelibost ve vztahu k druhému (Hartl, 1993) signalizuje napětí ve vztahu k spolužákovi. Pokud žák nezíská od spolužáka hodnocení v dimenzi „Oblíba“, pak jeho hodnocení v dimenzi Antipatie vylučuje vzájemně neutrální vztah. K této dimenzi byla přiřazena následující tři tvrzení:

1. Je mi nesympatický/á.
2. Často kritizuje ostatní v jejich nepřítomnosti.
3. Nedbá o svůj vzhled.

IV. Prestiž /kompetence je inteligence a na ní získaná vzdělanost. Vlivní žáci byli vždy bez ohledu na svou oblíbenost popisováni jako chytří. „*Dříč, byť s vynikajícím prospěchem, má ve třídě podřadnou pozici*“ (Hrabal, in Vágnerová, 2000, s. 247). Pro rozlišení takto vnímaných dětí bylo jedno ze tří tvrzení této dimenze věnováno výsledkům formálního prospěchu. „...*V pubertálních a středoškolských třídách však žáci málokdy uvádějí známky v charakteristikách spolužáků a při zdůvodňování vztahu k nim. Neformální pozice žáka, jeho vliv a oblíba, je s věkem stále více závislá na reálných výkonech a na dispozicích, které výkony umožňují a mají širší než školský význam*“ (Hrabal, 2002, s. 57). K této dimenzi byla přiřazena následující tři tvrzení:

1. Je velmi chytrý/á.
2. Ve třídě patří k prospěchově nejlepším žákům.
3. Vtipný/á dokáže bavit nebo rozesmát ostatní.

V. Šikanovaný/á – z praktických důvodů vyvolává zájem i tato dimenze. Týrání se však může obejít i bez fyzického násilí, může být jen psychické, zejména emoční. S. Hart a M. Brassard (in Langmeier, Krejčířová, 2006) rozlišují pět subtypů psychického týrání:



1. Pohrdání – ponižování, posmívání, hrubé nadávání, zdůrazňování neschopnosti nebo zkaženosti.
2. Terorizování – hrozby tělesného ublížení nebo zabití, přihlížení rodinnému násilí.
3. Izolování – bránění interakci s vrstevníky.
4. Korumpování – nucení k antisociálnímu chování.
5. Odpirání emoční opory – psychologická nedostupnost, ignorování.

K této dimenzi byla proto přiřazena následující tři tvrzení:

1. Tomuto spolužákovi/spolužačce druzí často křivdí nebo fyzicky ubližují.
2. Osamělý/á, v naší třídě nachází jen těžko přítele/přítelkyni.
3. Nedokáže se bránit, ostatní s ním/ s ní zametají.

VI. Slabý/slabá, nestačí ostatním – v podstatě se jedná o protipól prestiže/kompetence a je zde uvedena ze stejných důvodů jako dimenze Antipatie k dimenzi Obliba. Ve srovnání s dimenzí Šikanovaný/á považujeme tvrzení v dimenzi VI. za pasivnější vyjádření vztahu než v případě tvrzení u dimenze č. V. K dimenzi Slabý/slabá, nestačí ostatním, byla přiřazena následující tři tvrzení:

1. V ničem nevyčnívá, nudný/á.
2. Ve třídě patří k prospěchově nejslabším žákům.
3. Nevěří si, není sebevědomý/á, podceňuje se.

VII. Verbálně agresivní – pro tyto poslední dvě dimenze platí, že *„...podobně jako u jiných forem fyzického a psychického týrání, je i zde plynulý přechod mezi běžným škádlením a skutečně ohrožujícím chováním“* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 281).

K této dimenzi byla přiřazena následující tři tvrzení:

1. Ostatní často vulgárně uráží.
2. Ostatní často zesměšňuje.
3. Ukřičený/á, je ho /jí všude plno.

VIII. Fyzicky agresivní – Podobně jako u předchozí dimenze i zde může jít o jedince, který byl dříve sám obětí podobného násilí. K této dimenzi byla přiřazena následující tři tvrzení:

1. Bere ostatním bez dovolení jejich věci a nešetrně s nimi zachází, popř. je ničí.
2. Brání ostatním v pohybu nebo v činnostech.
3. Ostatní fyzicky napadá, strká do nich a pošťuchuje je, k fyzické potyčce mu/jí stačí sebemenší záminka.

K výzkumnému nástroji (viz přílohu č. 1) byl přiložen seznam dětí ve třídě, kdy ke jménu každého dítěte byl přiřazen číselný kód. Číselné kódy dětí byly uvedeny na horním řádku vedle sebe, první sloupec zleva tvořila jednotlivá tvrzení, která za sebou následovala bez ohledu na příslušnost k určité dimenzi. Tento způsob řazení byl zvolen z toho důvodu, aby významová podobnost otázek nesváděla děti k stereotypním způsobům odpovědí. Děti označily sloupce vedle každého tvrzení podle číselného kódu (tj. jména určitého spolužáka) v případě, že se domnívaly, že tato charakteristika těmto jejich spolužákům odpovídá. V rámci jedné třídy a každého tvrzení měly tedy děti možnost provést neomezený počet výběrů. Pokud se domnívaly, že některým spolužákům tato charakteristika neodpovídá, nechaly sloupec s příslušným číselným kódem nevyplněný. Součástí instrukce bylo doporučení, aby se na dotazník nikdo nepodepisoval (anonymní forma) a aby se zde každý vyjádřil co nejupřímněji



a pouze dle vlastního přesvědčení. Děti neměly vyplňovat k žádnému tvrzení svůj vlastní číselný kód. Před vlastním vyplněním dotazníku bylo s dětmi ve všech třídách probráno porozumění významu jednotlivých tvrzení. Při vyplňování dotazníku seděly děti v lavicích jednotlivě, tj. bez sousedů. Za každé hodnocení od ostatních spolužáků získal žák jeden bod, body, získané ve všech dimenzích se sčítaly. Všechna tato opatření a instrukce měla zajistit res-

pektování základních pravidel pro konstrukci sociometrického testu (Chráska, 2007).

Po získání informovaného souhlasu zákonných zástupců byla do našeho šetření zapojena většina dětí ze všech tříd druhého stupně jedné ZŠ. Dohromady se jednalo o 136 dětí, 61 chlapců a 75 dívek, v době realizace šetření se věk účastníků výzkumu pohyboval od 10,11 do 15,6.

VÝSLEDKY HODNOCENÍ DĚTÍ S NADVÁHOU A OBEZITOU Z POHLEDU SVÝCH VRSTEVNÍKŮ/SPOLUŽÁKŮ VE TŘÍDÁCH DRUHÉHO STUPNĚ ZŠ

Mezi dětmi, které se zúčastnily tohoto šetření, bylo pět dětí, které dle percentilových hodnot BMI splňovaly kritéria obezity, a dvě děti, které dle percentilových hodnot BMI splňovaly kritéria nadváhy. V ČR je doporučována hranice dětské nadváhy od 90 percentilu BMI. Z hlediska prevence a doporučení zahájení včasné intervence je u dětí považován za znepokojující 85 a vyšší percentil (Hainerová-Aldhoon, 2009). Nadváha obou dětí byla nápadná již jen vizuálně (např. ve srovnání s ostatními dětmi ve třídě).

Výsledky každého z těchto dětí popisujeme jednotlivě. Prostřednictvím uměle vytvořené klasifikace rodinného zázemí a školního prospěchu se snažíme přiblížit i tyto součásti aktuální životní situace dětí.

Odlišnosti rodinného zázemí těchto dětí byly vyjádřeny pomocí pětistupňové škály. Hodnotám uvedených bodů byly přiřazeny následující významy:

1. Rodinné zázemí, kdy oba rodiče žijí ve společné domácnosti s dítětem a dle hodnocení třídního učitele je jejich spolupráce se školou dostatečná.

2. Rodinné zázemí, kdy ve společné domácnosti s dítětem žije jeden z rodičů, dle hodnocení třídního učitele je spolupráce rodičů se školou dostatečná.
3. Rodinné zázemí, kdy ve společné domácnosti s dítětem žije jeden z rodičů, dle hodnocení třídního učitele je spolupráce se školou iniciována ze strany školy.
4. Rodinné zázemí, kdy ve společné domácnosti s dítětem žije jeden rodič, rodina je pod dohledem Odboru sociální péče, je zvažováno odebrání dítěte z rodiny.
5. Vztahy dítěte s původním rodinným zázemím přetrvávají, ale již došlo k odebrání dítěte z rodiny.

Školní výsledky každého z této skupinky dětí byly hodnoceny na čtyřstupňové škále. Jednotlivým bodům byly přiřazeny následující významy:

1. Vynikající školní výsledky.
2. Průměrný školní prospěch.
3. Podprůměrné školní výsledky, kdy žák/yně v žádném předmětu v minulém pololetí nepropadl/a a nehrozí to ani v současné době.
4. Podprůměrné školní výsledky, kdy žák/yně v některých předmětech



v minulém pololetí propadl/a a podobné hodnocení hrozí i v současné době.

Z tabulky č. 1 je patrné, jaké hodnocení v jednotlivých dimenzích získaly děti

s nadváhou a obezitou od spolužáků ve svých třídách. Tato hodnocení mohou být srovnána s průměrnými hodnotami jednotlivých dimenzí v konkrétní třídě.

Tabulka č. 1. Hodnocení skupinky dětí s nadváhou a obezitou v jednotlivých dimenzích ve srovnání s třídními průměry.

	R od in né	Šk ol ní	Vliv		Obliba		Antipatie		Kompetence		Šikanovaný		Nestačí ostatním		Verbálně agresivní		Fyzicky agresivní	
			•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}
Ch 1	3	3	2	6,32	5	15,0	14	7,63	1	8,95	7	4,0	3	2,79	0	3,16	3	4,63
D 2	3	3	3	6,32	8	15,0	14	7,63	1	8,95	15	4,0	4	2,79	0	3,16	3	4,63
D 3	5	3	3	6,32	10	15,0	11	7,63	1	8,95	16	4,0	3	2,79	0	3,16	3	4,63
D 4	4	4	0	4,0	0	12,1	17	5,0	0	6,8	33	4,52	22	3,56	2	3,64	1	2,16
D 5	5	3	2	4,05	1	9,37	15	5,84	0	6,58	15	3,11	11	2,95	1	3,11	1	2,53
D 6	1	2	2	4,05	13	9,37	5	5,84	6	6,58	1	3,11	0	2,95	4	3,11	0	2,53
Ch 7	2	4	0	4,0	0	12,1	32	5,0	2	6,8	31	4,52	11	3,56	8	3,64	16	2,16

Můžeme konstatovat, že ve srovnání s třídním průměrem získala ze strany svých spolužáků pouze dívka č. 6 hodnocení odpovídající příznivé sociální pozici. Jde současně o jediné dítě z této skupinky, jejíž rodinné zázemí bylo třídním učitelem hodnoceno jako splňující kritéria kvalitního zázemí dle bodu č. 1 a jejíž prospěch objektivně odpovídal kritériím č. 2 (průměrný školní prospěch).

V dimenzích Antipatie a Šikanovaný zaujalo v situaci tohoto šetření pět z těchto dětí výrazně sociálně nepříznivou pozici ve svých třídách (tzn. že ve svých třídách patřily ke třem dětem s nejvyšším hodnocením v obou těchto dimenzích).

V dimenzi Vliv nedosáhlo žádné z těchto dětí třídního průměru a podobné hodnocení získaly tyto děti i v dimenzi

Obliba (s výjimkou dívky č. 6) a Kompetence (nejvíce se třídnímu průměru přibližovala dívka č. 6). V dimenzi ‚Nestačí ostatním‘ naopak tyto děti ze strany svých spolužáků většinou získaly nadprůměrné hodnocení (byly tedy hodnoceny jako prospěchově slabé a méně schopné, opět s výjimkou dívky č. 6). V dimenzích Verbálně a Fyzicky agresivní získaly tyto děti většinou podprůměrné hodnocení (tedy byly označeny jako verbálně a fyzicky neagresivní) s výjimkou dívky č. 6 (dívka dostala o něco vyšší skóre než je třídní průměr v dimenzi Verbálně agresivní, ale současně jako jediná z této skupinky získala nadprůměrné hodnocení v dimenzi Obliba) a chlapce č. 7, kterého ve srovnání s třídním průměrem spolužáci sice označovali za Verbálně a Fyzicky agresivního, ale ve srovnání s vyšší skóre v dimenzi Fyzicky agresivní dostal téměř



dvojnásobně vyšší skóre v dimenzi Šikanovaný, což znamená, že většina jeho spolužáků současně uznávala, že „tomuto spolužákovi druzí často křivdí nebo fyzicky ubližují“, je „osamělý, ve třídě jen těžko nalézá přítele“ a „nedokáže se bránit, druzí s ním zametají“. Tím se tento chlapec lišil od spolužáků, kteří byli sice rovněž označeni jako Verbálně a Fyzicky agresivní, ale současně měli vysoké skóre i v dimenzích Vliv, nulové skóre v dimenzi Šikanovaný“ a současně nízké skóre v dimenzi Obliba, tj. v položkách „je mi sympatický“, „je dobrý kamarád“, „je vždy ochotný pomoci“.

Jen pro zajímavost (Tabulka č. 2) uvádíme výsledky skupinky dětí integrovaných z důvodů tělesného postižení. Integrace dítěte mj. znamená, že ze strany lékařů byl dětem přiznán status zdravotního postižení. Zdůrazňujeme, že u této skupinky dětí se jednalo o viditelné tělesné postižení, protože ve školách jsou také integrovány děti se zdravotním postižením, které na dětech zřejmé není a ostatní děti ve třídě o problémech svého spolužáka často ani nevědí.

Tabulka č. 2. Hodnocení tří integrovaných žáků s viditelným tělesným postižením v jednotlivých dimenzích ve srovnání s třídními průměry.

	R o d i n ě	Š k o l n ě	Zá ze mí	Vliv		Obliba		Antipatie		Kompetence		Šikanovaný		Nestačí ostatním		Verbálně agresivní		Fyzicky agresivní	
				•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}
Ch 1	1	2	2	3,67	6	11,11	1	6,85	1	6,11	4	2,44	3	3,07	4	4,96	2	2,89	
D 2	1	2	0	4,05	4	9,37	5	5,84	3	6,58	5	3,11	5	2,95	0	3,11	1	2,53	
D 3	1	2	5	6,32	1 5	15,00	5	7,63	11	8,95	0	4,0	5	2,79	6	3,96	6	4,63	



Z hlediska hodnocení v dimenzích Antipatie a Šikanovaný nepatřilo žádné z integrovaných dětí s viditelným tělesným postižením ke třem dětem s nejvyššími hodnoceními v těchto dimenzích ve své třídě. Z tohoto hlediska a v situaci tohoto šetření tedy ve své třídě nezažily tak sociálně nepříznivé pozice jako skupinka dětí s nadváhou nebo obezitou. Jednoznačně příznivěji vyznívají ovšem také hodnocení rodinného zázemí a prospěch těchto dětí, což může souviset se skutečností, že rodiny

těchto dětí jsou zpravidla od raného věku v častém kontaktu se zdravotnickými zařízeními a takto spontánně a bezděky jsou rodiny i pod silnější sociální kontrolou. Třídního průměru v dimenzi Obliba dosáhl jeden chlapec v této skupince, který v dimenzi Kompetence získal dokonce nadprůměrné hodnocení. Také hodnocení tohoto chlapce s tělesným postižením v dalších dimenzích svědčí o dostatečném sebevědomí a průbojnosti.

Tabulka č. 5. Hodnocení tří integrovaných žáků s viditelným tělesným postižením v jednotlivých dimenzích ve srovnání s třídními průměry.

	R od in né	Šk ol ní	Vliv	Obliba		Antipatie		Kompetence		Šikanovaný		Nestačí ostatním		Verbálně agresivní		Fyzicky agresivní		
				•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•	\bar{x}	•
Ch 1	1	2	2	3,67	6	11,11	1	6,85	1	6,11	4	2,44	3	3,07	4	4,96	2	2,89
D 2	1	2	0	4,05	4	9,37	5	5,84	3	6,58	5	3,11	5	2,95	0	3,11	1	2,53
D 3	1	2	5	6,32	1 5	15,00	5	7,63	11	8,95	0	4,0	5	2,79	6	3,96	6	4,63

DISKUSE A ZÁVĚR

Lékaři a později i psychologové si vždy všímali podobností mezi tělesnou konstitucí člověka a určitými povahovými zvláštnostmi a rysy. Tato pozorování vyústila mj. v řadu konstitučně-temperamentových teorií –známá je např. Kretschmerova somatotypologie, jejíž vědeckost je dnes sice zpochybňována, ale zmínky o ní najdeme téměř v každé učebnici psychologie. Dle této teorie by lidé se sklonem k nadváze a obezitě odpovídali nejspíše pyknickému typu, s nímž byla spojována představa, že jde o lidi laskavé, družné, otevřené, extrovertně orientované, požitkářské, přizpůsobivé, přátelské, podnikavé až expanzivní, praktické a se smyslem pro

humor; v případě výskytu duševní poruchy byl u tohoto typu předpokládán sklon k maniodepresivním stavům (Vágnerová, 2004). Uvedené charakteristiky vyznívají tak příznivě a nekomplikovaně asi také z toho důvodu, že se opravdu vztahují jen k teoretickým konstruktům těchto typů a ne k jejich extrémním variantám (tj. např. k obezitě nebo k extrémní obezitě), které již mohou signalizovat somatické onemocnění. Ale nejde o jediné rozporuplné poznatky, o nichž se v souvislosti s lidmi s obezitou v různých publikacích dočítáme.

Z výsledků mnoha zdejších i zahraničních výzkumů je známá skutečnost o



existujících **předsudcích** o pohodlnosti, pasivitě a požívačných, tudíž respekt nezasluhujících životních hodnotách dětí a dospělých s nadváhou a obezitou (in Hainer et al., 2009). Ze soudobých výzkumných studií, které byly prováděny jak u nás, tak v zahraničí, vyplývá, že obézní pacienti nevykazují vyšší psychopatologii, než je v populaci z hlediska hmotnosti normální. Lidé s obezitou pouze v některých škálách osobnostních dotazníků vykazují zvýšené skóre, i když ještě většinou v rámci normy. Jde především o škály úzkostnosti, depresivity, hypochondrie, závislého chování, nespokojenosti se svým tělesným zdravím, snížené sebekontroly, sníženého sociálního zájmu, nižšího sebevědomí a negativnějšího vztahu k vlastní osobě. Ve vybraných sociokulturních charakteristikách se ale lidé s obezitou liší, např. v ČR je postižena především venkovská populace a osoby s nižším vzděláním, jiní autoři poukazují na některé osobnostní rozdíly mezi muži a ženami. Většina teorií však potvrzuje, že se nedá prokázat specifická osobnostní struktura obézních, že lidé s obezitou tvoří osobnostně homogenní skupinu (Hainer et al., 2009). Psychologická vyšetření dětí s obezitou z jiných kulturních oblastí ukazují, že jsou v průměru stejně inteligentní jako ostatní, nižších výsledků dosahují ve zkouškách pohyblivosti. Slabší výsledky v testech kreslení lidské postavy jsou dávány do souvislosti se sebepojetím těchto dětí (Asbjorn et al., 2010).

Hlubinná psychologie zařadila téma výživy do obsáhlého komplexu orality, který dle těchto autorů zahrnuje všechny duševní a duchovní způsoby přijímání a přivlastňování si světa. Freud předpokládal, že komplex orality mohl u dětí s obezitou proběhnout nedostatečně nebo nešťastně, což může nastat v případech extrémního opečování

dítěte stejně jako v případech jeho odmítání, kdy může být pro pečovatele jednodušší reagovat na různé signály ze strany dítěte jen opakovaným krmením než jinými způsoby (Danzer, 2011). Mnoho adipozních dětí a dospívajících údajně nemá se svými rodiči takový sociální kontakt, jaký by si přálo, a jedním z důsledků je nadměrné přijímání potravy. Ve prospěch těchto výkladů by mohl svědčit spontánní výrok matky jednoho z hodnocených dětí s nadváhou (8. tř.): „...když on by byl nejraději, kdybych si s ním večer sedla a hrála hry, že, to by ti vyhovovalo, jenomže na to prostě není čas...“ Dle H. Bruchové (in Danzer, 2001, s. 144) je otlým dětem přisouzena úloha buď vyplnit život rodičů a jejich manželství stmelovat, nebo fungovat jako nárazník otevřeně se potírajících partnerů. A protože v takových manželstvích většinou hraje svou roli sexuální frustrace a frigidita, dítěti navíc chybí předloha vývoje směrem k pozitivní pohlavní identitě.

Autoři modernějších studií jdou v tomto směru úvah ještě dále a postupný rozvoj dětské obezity dávají do souvislosti se zanedbáváním péče o děti nebo s jiným nevhodným chováním vůči nim, a to v závislosti na některých dalších faktorech (Cree, 2007). Připouštějí však, že toto zanedbávání nebo nevhodné chování vůči dětem s postupně se rozvíjející obezitou nemusí být nutně důsledek nelásky rodičů k nim, ale spíše celkové socioekonomické situace rodiny, jako tomu může být v případech osamělých matek, které mají dvě zaměstnání, nemají dost peněz na kvalitní potraviny, nemají dost času na přípravu kvalitní domácí stravy, nemají dost peněz na kvalitní zájmové činnosti svých dětí aj. V těchto a dalších případech dochází u dětí k rozvíjení „jídla útěchy“, s nímž může být spojován syndrom vrozené



závislosti na odměně (např. Vágnerová, 2008).

Jiná pojetí se snaží vše výše uvedené shrnout pojmem obezitogenní prostředí (tj. předpokladem většího množství nepříznivých činitelů v rodině, popř. v určité komunitě, počínaje podobnou tělesnou konstitucí a dalšími geneticky podmíněnými vlivy, ale i podobnými zvyky, vzájemnými komunikačními vzorci, potřebou fyzické aktivity aj.), v němž se dítě nachází a v němž může být velmi těžké, ne-li nemožné, držet se pravidel zdravějšího životního stylu (Hainerová-Aldhoon, 2009).

Danzer (2001, s. 142) ve své publikaci popisuje deficit, které lidé s obezitou vykazují v sociální oblasti, to znamená ve svých mezilidských vztazích. Lidé s obezitou byli na základě různých výzkumů shledáni jako lidé sociálně nezkušení, s omezenou schopností snášet napětí a se sklonem stáhnout se již při malých neúspěších do sebe. U dětí s obezitou byla údajně často pozorována nedůvěra, strach, závist a žárlivost, které však tyto děti potlačují a viditelným zůstává jen zabývání se výživou. Výše uvedeným výroky rozumíme tak, že děti s obezitou nejsou více než ostatní děti žárlivé, závistivé, zlostné a nedůvěřivé, ale v některých typických disciplínách mohou být v důsledku méně úspěšného soutěžení se svými vrstevníky takovým pocitům častěji vystaveny. A současně - protože jsou ze strany svého sociálního okolí za projevy podobných citů trestány - mohou se naučit tyto projevy potlačovat a řešit je náhradním uspokojením, sociálním stažením aj. Výstižně to vyjádřil pedagog, který se k chování jednoho „našeho“ chlapce s nadváhou vyjádřil takto: „*On je naprosto apatický, až rezignovaný. Ve třídě to určitě nemá lehké, dávají mu to dost znát. On na to nijak nereaguje, jenom se pořád tak trpně usmívá... Já už se kolikrát ani*

nedivím, že ho tak provokují, já sám bych ho už kolikrát praštil, aby už konečně něco udělal... Nic ho nezajímá, nemá žádné zájmy... jediné, co ho zajímá, je oběd, na jídle je úplně závislý, na oběd je vždycky první v řadě... Jeho kladná vlastnost? Nevím, snad že je tak klidný.“ Období klidu však v případě tohoto chlapce s nadváhou netrvalo dlouho. Po několika dalších verbálních útocích ze strany spolužáků se chlapec s nadváhou bránil tak energicky, že jeden z jeho spolužáků přišel s pláčem za vedením školy a žádal o ochranu na své cestě domů. „*Jen ať ví, jaké to je, druhým se pořád jenom smát“*, komentoval tento svůj čin dlouho vysmívaný chlapec s nadváhou. Konflikt mezi chlapcem a jeho spolužáky se tím samozřejmě nevyřešil. Asi rok se nám díky společným průběžným schůzkám s dětmi dařilo udržet chlapce a jeho spolužáky bez podobných incidentů, kdy by docházelo k takto fyzicky ohrožujícím sporům mezi dětmi. Z našich společných sezení vyplývalo, že největším přáním chlapce s nadváhou bylo mít ve třídě kamarády. Ve snaze „odlehčit“ toto velké chlapcovo přání jsme zařídili chlapci docházku do sportovního zařízení, v němž byl velmi spokojený. V době, kdy delší dobu absentoval, jsme maminku poprosili, aby chlapce ve sportovním zařízení omluvila a tak jeho docházku udržela, což maminka bohužel nezvládla a chlapec o účast v kroužku přišel. Hodně pedagogů líčilo v souvislosti s tímto chlapcem zkušenosti, kdy chlapec ochotně nabízel ve výuce spolužákům pomůcky, které jim chyběly, ale nikdo je od něj nepřijal. Tento chlapec ve své snaze získat kamarády občas pozval více spolužáků na oběd do rychlého občerstvení, kde vše hradil. Dvakrát si takto vzal peníze bez vědomí svých rodičů, takových a jiných chyb se, bohužel, opravdu dopouštěl. Spolužáci jeho pozvání vždy přijali, ale vůči chlapci



s nadváhou toto své pozvání nikdy neopřetovali. Chlapcovy problémy bohužel gradovaly a při poslední schůzce nás jeho matka informovala o tom, že jí pracovnice OSPOD navrhla, aby chlapce svěřila do péče ústavního zařízení, o čemž matka vážně uvažovala. Vysvětlovala to strachem z fyzického napadení ze strany svého syna. Maminka chlapce na schůzky docházela, otec nikdy nepřišel. Rodiče se časem rozvedli. V době našich posledních setkání chlapec ještě bydlel se svou matkou.

Další kazuistika se týká dívky z „našich“ dětí s obezitou. Školní psychologka s dívkou navázala poprvé kontakt asi před pěti lety. Tehdy byla dívenka ve třetí třídě a za psychologkou se přicházela podělit se svými domácími stesky – o mamince bylo známo, že pije alkohol a potom se k svým dětem nechová příliš mateřsky. V době, kdy jsme dívku poznali, byla již v šesté třídě. Blížila se hranici extrémní obezity, začínala mít ve škole nápadně časté absence a kdykoli jsme o přestávce vstoupili do třídy, seděla v lavici sama. Pokud nás vyhledala, tak zpravidla proto, aby se mohla vyhnout vyučování, nebo aby mohla získat jinou, často zcela konkrétní materiální výhodu. I přes tento způsob chování působila více nešťastně než vypočítavě. S dívkou bylo obtížné navázat plynulejší rozhovor. Zpravidla hned v úvodu o něco konkrétního požádala, a potom mlčky seděla v místnosti nebo jednoslovně odpovídala. Jednou se rozplakala s tím, že to ve škole už nemůže vydržet. Intervence ve třídě se odrazily maximálně v omezení otevřených projevů nepřátelství vůči ní, kamarádku ve třídě nenašla. V době, kdy jsme dívku poznali, měla kromě nesporné snahy vyhýbat se škole i zdravotní problémy – údajně trpěla vážnými astmatickými stavy, které jí, dle vyjádření rodičů, bránily v možnosti rozvíjet nějakou

pohybovou aktivitu. Ve snaze řešit vzrůstající absence a vzrůstající mezery ve školních znalostech jsme pro tuto dívku zvažovali možnost individuálního vzdělávacího plánu, kdy by byla její počáteční docházka do školy ze zdravotních důvodů omezená a byly by dohodnuté konkrétní termíny pro přezkoušení přesně vymezeného rozsahu učiva. Rodiče dívky nakonec vše vyřešili sami – na základě nového vyšetření v SPC, kde byly ve srovnání s předchozími zprávami zjištěny překvapivě odlišné výsledky, byla dívka přerazena do Základní školy praktické. V době našeho posledního setkání byli rodiče i dívka s tímto rozhodnutím spokojeni. Dívka se svou hmotností zatím sice zůstává v pásmu obezity, ale viditelně zeštíhlela. Rádi bychom věřili tomu, že jde o počátek šťastného, i když zatím velmi vzdáleného konce příběhu.

Vliv vzájemných sociálních vztahů ve skupině na zdraví jejích členů dokladují i četné studie ze světa zvířat (např. Asbjorn et al., 2010; Wilson et al., 2008). První z autorů zmiňuje pokusy se zvířaty, která se dostala do nové skupiny zvířat. U zvířat byly sledovány některé fyziologické koreláty, související s kolísáním kvality zdravotního stavu v závislosti na tom, jak nově příchozí členové přijali submisivní postavení vůči dominantnímu jedinci této skupiny. Výsledky svědčily o lepším zdravotním stavu těch jedinců, kteří submisivní postavení ve skupině nepřijali a naopak, i za cenu utržených zranění, bojovali za udržení svého sociálního statusu. Další autoři se zabývali výzkumem skupiny primátů, u nichž byl sledován příjem různě kalorické stravy v závislosti na tom, zda tito jedinci zaujímají ve skupině submisivní, nebo dominantnější postavení. I zde výsledky výzkumu svědčily ve prospěch zdravějších stravovacích návyků těch jedinců skupiny, jejichž sociální posta-



vení bylo výhodnější, tj. spíše nezávislé a dominantní. U submisivních jedinců byly nalezeny fyziologické koreláty potvrzující trvalou přítomnost stresu a nezdravé stravovací návyky – ve srovnání s jedinci s výhodnějším sociálním postavením pokračovali v jídle i v nočních hodinách, častěji volili kaloričtější stravu, a to i přesto, že přístup k potravě byl stálý a dominantnější jedinci skupiny je v tomto směru nijak neomezovali.

V literatuře bylo poskytnuto mnoho důkazů o tom, že chronický a nevyřešený, tj. přetrvávající stres vede k potlačení imunitního systému a zdraví neprospívá. Pacienti, kteří trpí výraznou obezitou, v důsledku čehož jsou mnohé oblasti jejich sociálního života provázeny stresem, se dostávají do těžké situace, která se fyziologicky, mimo jiné, projevuje i výraznými změnami v činnosti hypotalamu (Asbjorn et al., 2010). Vztah mezi psychosociálními stresory a nemocí je ovlivňován na jedné straně druhem, počtem a délkou trvání stresových faktorů a na druhé straně biologickou zranitelností (vulnerability) – tj. genetickými

a konstitučními faktory, psychosociálními zdroji a naučenými vzorci zvládnání těžkostí (coping). Každá péče zaměřená na snížení stresu, a to včetně psychosociální intervence, mají význam pro odstraňování obtíží, na jejichž vzniku se stres původně podílel a které mohou i nadále průběh těchto somatických obtíží ovlivňovat (např. pokračující přibývání na váze).

Zkušenosti shrnuté v mnoha odborných publikacích naznačují, že neexistuje žádné univerzální řešení v léčbě a terapii obezity. Danzer (2001) své úvahy o lidech s obezitou komentuje slovy: „Pokud však člověk s obezitou najde postupně zálibu v droze *bližní*, bude moci svým neukojeným a bezděčným ambicím dodávat lepší potravu a zažije formu uspokojení, která se mu dosud zdála nemožná.“ Ze strany psychologů, psychoterapeutů a dalších odborníků lze na uvedená slova tohoto skvělého autora navázat vyjádřením naděje, že se nám snad bude dařit udržet nebo proměňovat vztahy mezi lidmi tak, aby „záliba v droze *bližní*“ byla vůbec k nalezení.

LITERATURA:

2. Asbjorn O. et al.(2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
3. Cowie, H. (2012). *From Birth to sixteen: Children's Health, Social, Emotional and Linguistic Development*. Routledge: London and New York.
4. Cree, R. *A Higher Risk of Obesity for Children Neglected by Parents*.(Vyhledáno 30.9.2010 http://www.temple.edu/newsroom/2007_2008/11/stories/obesenglect.htm.)
5. Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
6. Hainer, V. et al. (2009). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada.
7. Hainerová-Aldhoon, I.(2009). *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf.
8. Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Nakladatelství Budka.
9. Hrabal, V. (2002). *Sociální psychologie pro učitele. Vybraná témata*. Nakladatelství Karolinum: Praha.
10. Hrabal, V. (1989). *Pedagogicko – psychologická diagnostika žáka*. Praha: SPN.
11. Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Grada: Praha.
12. Kiess,W., Marcus, L. and M. Wabitsch (edds) (2009). *Obesity in childhood and adolescence*. New York: Karger.



13. Kolář, M. (2005). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.
14. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
15. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
16. Pallan, M., Parry, J. and A. Peymane (2012). *Contextual influences on the development of obesity in children: A Case of study of UK*. Preventive Medicine. 2012, v. 54, p. 211. doi:10.1016/j.ypmed.2012.01.018
17. Říčan, P., Janošová, P. (2010). *Jak na šikanu*. Praha: Grada.
18. Skidmore, P., M. and J., W., G. Yarnell (2004). *The obesity epidemic: prospects for prevention*. International Journal of Medicine. v. 97(12), p.817-825. doi: 1093/qimed/hel/136.
19. Taylor, S., J., C., Viner, R., Booy, R., Head, J., Tate, H., Brentnall, S., L., Haines, M., Kamaldeep, B., Hillrei, S. and S. Stansfeld (2005). *Ethnicity, socioeconomic status, overweight and underweight in East London Adolescents*. Ethnicity and Health. v.2 (10), p. 113-128.
20. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
21. Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.
22. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
23. Wilson, M. E., Fisher, J., Fisher A. et al (2008). *The Quantifying Food Intake in Socially Housed Monkeys: Social Status Effects on Caloric Consumption*. Physiology & Behaviour. v. 94 (4) p. 586-594.

Kontakt na autorky

PhDr. Hana Včelařová
 Ústav pedagogických věd
 Fakulta humanitních studií
 Univerzita Tomáše Bati
 Mostní 5392, Zlín 760 01
vcelarova@fhs.utb.cz

doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D.
 Ústav psychologie a psychosomatiky
 LF Masarykovy Univerzity
 Komenského nám. 2, Brno 662 43
mbendova@med.muni.cz

Hana Včelařová pracuje v Ústavu pedagogických věd Fakulty humanitních studií na UTB ve Zlíně a donedávna působila jako školní psycholožka na jedné ze ZŠ moravského regionu. V předchozích letech vykonávala profesi dětské psycholožky v různých klinických a školských zařízeních. V současné době pracuje na disertační práci zaměřené na problematiku prevence vztahující se k obezitě.

Marcela Bendová pracuje v Ústavu psychologie a psychosomatiky Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity v Brně. Dosavadní profesní život zahrnuje mj. rozsáhlou publikační činnost, která je podložena jak zkušenostmi z klinické praxe, tak i kvalitními teoretickými základy, které byly a jsou získávány, prohlubovány a aktualizovány v letech pedagogické praxe.

Do redakce přišlo 19. 11. 2013
 Úprava po recenzi: 11. 2. 2014
 Přijato do tisku: 25. 2. 2014
 Příloha 1:



STUDENTSKÉ PRÁCE

PLCHOVÁ R., KABÁT J.: PSYCHOSOMATICKÉ VZDĚLÁVÁNÍ, VYŠETŘENÍ A LÉČENÍ: PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA V PRAZE

Motivů pro sepsání různorodých zážitků z mé stáže a spolupráce s panem doktorem je více. Patří sem zájem o vzdělávání – o vzdělávání sebe, druhých i o vzdělávání společně v oblasti psychosomatiky. Domníváme se, že vzdělávání a léčení mají k sobě blízko, takže zabývat se vzděláváním a léčením dohromady je nasnadě. Pro mne bylo při nástupu na stáž na Psychosomatickou kliniku (PSK) koncem roku 2011 cílem zevrubněji zjistit, jaký způsob léčení používá lékařský a psychotherapeutický tým právě tam, protože jsem do té doby v rámci studia psychologie měla zkušenosti pouze z jiných, kratších a méně hutných stáží.

Hned na začátku jsme s panem doktorem několikrát diskutovali o hranici mezi vstupním vyšetřením či konzultací a terapeutickým sezením – a o tom, do jaké míry je už první setkání naplněné terapeutickým potenciálem, zda vůbec je, mělo by být, smí být, a pokud ano, tak

jak velkým. Pan doktor Chvála v e-mailové korespondenci z vlastní zkušenosti potvrdil, že může dojít k určitému navázání pacienta již při prvním sezení, a proto je výhodné, když může týž terapeut, který dělá příjem, s pacientem dál pracovat. Není to ale možné, pokud terapeut není schopen sám nebo po konzultaci s kolegou lékařem udělat spolehlivou somato-psychickou diferenciální diagnózu. Kamenem úrazu je zde to, že lékaři a psychologové nejsou vzdělávání společně a odpovědnost se tak tříští. Ovšem i přesto, že pacient nemůže zůstat u lékaře, který s ním udělá vstupní vyšetření, existují možnosti, jak spolehlivé předání informací a první zkušenosti s pacientem zajistit a dosahovat hlubší provázanosti v péči ku spokojenosti personálu i pacientů. I tím se budeme zabývat dále v textu, v části o zapojení týmu a možnostech spolupráce na pracovišti.

SPOLUPRACUJÍCÍ FORMÁT VSTUPNÍHO PSYCHOSOMATICKÉHO VYŠETŘENÍ: ZKUŠENÝ PSYCHOSOMATICKÝ CHIRURG & ZAČÍNÁJÍCÍ PSYCHOLOŽKA

V průběhu společných vyšetření jsme vyšetřili několik desítek pacientů, odhadem kolem šedesáti v průběhu čtyř měsíců. Byl to tedy široký a pestrý soubor lidí. V rámci spolupráce při vstupních vyšetřeních jsem nejdříve tiše pozorovala, a pak jsme již dělali

vyšetření ve dvojici. Velmi se mi líbil vstřícný přístup pana doktora a celkové nastavení vyšetření. Při příjmu sestra pacienty nejdříve požádá o vyplnění kratšího dotazníku například s otázkami: „Co Vás vedlo k tomu, že jste vyhledal/a pomoc na PSK?“, „Oč byste v léčbě



usiloval/a?“. V ordinaci pak proběhne seznámení s lékařem (a tentokrát i se mnou a s mou rolí při vyšetření) a představení struktury vyšetření, tedy popis symptomů i důležitých životních událostí podle osvědčené metody časové osy. Hned ze začátku jsem nabyla dojmu, že lidé s psychosomatickým onemocněním jsou velmi citliví. Už proto, že se jejich problémy vlečou dlouho, sleduje je hodně lidí a léčba je doprovázena často mnohými neúspěchy. Trpělivost a shovívavost i jemně a neinvazivní, ovšem zároveň pevně strukturované doprovázení, jak jsem je mohla pozorovat v úvodním vyšetření, vyvolává dojem něčeho nového a na pacientech je znát, že na to zatím nejsou zvyklí.

Poučena praxí spolupracujícího přístupu v psychoterapii podle Harlene Anderson (2009) a dalších významných představitelů a představitelů této postmoderní vlny oceňuji zájem o lidi a jejich příběhy, protože souhlasím s tím, že už naslouchání těmto příběhům, zvědavost a pozornost věnovaná pacientům, je léčivá. I když to někdy není tak jednoduché, jak by na první pohled mohlo vypadat. Od začátku se také vynořovala praktická otázka, jak tohle naslouchání a vnímání a zaznamenávání příběhu skloubit s návrhy na řešení a s nabídkou konkrétních léčebných postupů i s expertní lékařskou péčí o somatické symptomy, kterou pacienti často potřebují. Vyžaduje to šikovnost.

Další moje obavy při společném vyšetření byly ještě „přízemnější“, ovšem v kontextu práce vedle zkušeného chirurga a psychosomatického lékaře vcelku na místě. Jedním z mých úkolů bylo sepišovat z vyšetření zprávu, ale bylo pro mě těžké, abych stíhala vnímat a zároveň vše důležité zapisovat. Věděla jsem tedy, že to budu muset dodělat později. Ale kdy, když mezi pacienty je sotva dvacet minut

přestávka? Celkem rychle jsem pochopila, co to znamená, když není dost času. Respektive jde o otázku priorit, soustředit se na pacienta a interakci s ním, nebo ubrat energii tímhle směrem a stihnout podstatnou část zprávy z vyšetření zapisovat ještě v průběhu vyšetření? Moje snažení výrazně zpomalovalo ještě to, že ač psychosomaticky vzdělaná o kousek víc než někdo, kdo se zabývá jen psychologii, velkému množství pojmů z oblasti somatické medicíny jsem nerozuměla, ať z úst pana doktora nebo sečtělých pacientů. Později jsem si řekla, že se u somatických symptomů nebudu tolik „zasekávat“, že si je budu pouze zapisovat, abych se mohla později zeptat. Hlavně to neinterpretovat, protože to neznám! V takovou chvíli jde do popředí expertní lékařská péče o somatické symptomy. Těmto pro mne méně srozumitelným sekvencím vyšetření jsem naslouchala, a pak se na některé věci pana doktora ptala. V závěru vyšetření se vždy vynořila palčivá otázka, co je možné pacientům slíbit a vhodně indikovat k další léčbě – to je v psychosomatickém diskurzu běžné a velmi náročné.

Krom jiného jsem měla hned pro začátek také pár přání do budoucna: zvládnout vstupní vyšetření, být schopna diskutovat o další péči o pacienta, být schopna realisticky posoudit výtěžnost té které léčby. Zpětně si říkám, že to nejsou malé nároky, ale jevílo se mi to jako důležité pro rozvoj spolupráce. Další menší úkoly, které jsem si stanovila, byly přednášky o psychosomatice, naučit se víc o akupunkturu a zažít něco z terapie jógou nebo z fyzioterapie, abych věděla, jaké to pro pacienty může být. V rámci hesla „mít odvahu být pacientkou“ jsem se později přihlásila do biosyntetické skupiny pro pacienty s úzkostnými a psychosomatickými potížemi.



Hned od druhého vyšetření, kde jsem už převzala roli spolupracující psycholožky, jsem se cítila o něco uvolněněji a nebála se také na něco zeptat. Uvědomila jsem si, že některé pacienty, kteří jsou nervózní z vyšetření, může uklidňovat už jen to, když k nim mluvíme, a pak plynule přecházíme k otázkám. Domnívám se, že zdánlivě obyčejná slova jako „to je normální“, „ale to je obvyklé“, „ano, tomu rozumím“, ovšem bez důrazu na hodnocení, ale s důrazem na povzbuzení a přitakání, mohou od lékaře

na psychosomatické klinice dodat pacientům velkou jistotu a vytvořit pomyslný most při navazování kontaktu. Cítila jsem, že pacienti získávali sebevědomí a odvahu hovořit o svých nemocech, a přišlo mi to v tu chvíli skvělé. Pochopila jsem, že cílem vyšetření je pak také zmapovat problémy a naplánovat intervence. Že jde o pečlivé zachycení biopsychosociálních problémů s pomocí časové osy, trpělivého doptávání a naslouchání.

ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLADY VSTUPNÍHO PSYCHOSOMATICKÉHO VYŠETŘENÍ & RŮZNORODÉ POTÍŽE PACIENTŮ

Na začátku je třeba věnovat pacientovi hodně času. Hodina a půl je adekvátní. Pacient nemusí být připravený nebo mít indikaci na psychoterapii, může ještě potřebovat „dovyšetření“ u somatických lékařů a psychosomaticky jen konzultovat, a potom dále podpořit, jestliže se začne ukazovat, že psychoterapie je správnou volbou.

Po prvních pár minutách vyšetření, kdy pacient v klidném a podpůrném prostředí vypravoval o svých potížích, často pan doktor vstoupil do příběhu, někdy až velkolepě. Je možné si to představit jako antickou hru, kde „Deus ex Machina“ najednou prozáří dosud nepřehlednou spleť jednak potřebných, složitých, částých, ale téměř vždy v určité míře i zbytečných a bolestivých vyšetření, nebo dokonce zákroků (včetně těch složitých chirurgických). Děje se tak díky jednomu ze společných terapeutických faktorů psychoterapie, jímž je *vhled*. Vhled člověka, který má dost zkušeností ze somatické medicíny, podporu v psychotherapeutickém vzdělávání a vůli utvářet si *perspektivu psychosomatickou*. Uspokojení pacientů a pocit naděje byly často evidentní. Samozřejmě po bitvě je

každý generál. Nejde v zásadě o kritiku lékařské péče, protože ta může fungovat velmi efektivně, ostatně i v jiných oborech se stává, že lze něco vidět až zpětně. Takzvané nevyžádané až poškozující (iatrogenní) působení medicíny se ovšem může projevit často, někdy i v důsledku toho, že pacient tato vyšetření a zákroky sám moc chtěl, a když je jeden lékař odmítl, vyžádal si je jinde. Byly ovšem časté případy, kde skutečně pacient prošel něčím, co nebylo nutné, a býval by tím projít nechtěl, kdyby mu byla psychosomatická služba nabídnuta.

Účast na mnoha psychosomatických vstupních vyšetřeních za sebou umožňuje vnímat najednou pestrou skladbu psychosomatických symptomů i způsobů, jakým pacienti sami svou nemoc popisují, například:

1. Pacient nemůže chodit a stává se mu, že dostane slabost do nohou a může se i sesout na zem.
2. Pacient má silné bolesti hlavy, bolest zad v kříži, výpadky zraku, omdlívá.



3. Pacientka má bolesti zad, brnění a odumírání stehna, divný zvuk v uších.
4. Pacientka trpí nádorovým onemocněním.
5. Dětská pacientka má bolesti břicha, na vyšetření ji doprovází rodina.

A další.

O různorodosti pacientů vypovídá i dopis, jímž se pacient před vstupním vyšetřením obrátil na kliniku. Zde si jej, mírně upravený, dovolujeme citovat. Takový dotaz může zastupovat i hlasy jiných pacientů z psychiatrie, kteří hledají péči v psychosomaticce:

„Dobrý den, již několik let mám diagnostikovanou psychózu (smíšený typ), trpím střídavě depresemi a mám časté stavy úzkosti a napětí. Tyto stavy ovlivňují kvalitu mého života zásadním způsobem. Dosavadní léčba toliko léky mi nepřipadá účinná ani optimální, nevede k cíli, tedy k uzdravení. Obracím se proto na vás jako na určitou medicínskou alternativu. Zajímalo by mě, jestli máte s podobnými pacienty na vaší klinice pozitivní zkušenosti ve smyslu jejich uzdravení, anebo jsem odsouzen k doživotnímu braní léků. Předem děkuji za odpověď.“

NAČRTNUTÍ RŮZNÝCH INTERVENČÍ ZAŘAZOVANÝCH V PRŮBĚHU VSTUPNÍHO PSYCHOSOMATICKÉHO VYŠETŘENÍ

Úhelným kamenem psychosomatického vyšetření je v rámci snímání anamnézy osvědčená metoda časové osy, kdy pacient, zjednodušeně řečeno, vypráví svůj příběh vedle popisování příznaků nemoci (Trapková, Chvála, 2004). Hovoří se o silných emocích, významných okamžicích života, důležitá je chronologie událostí. Pacienty jsme

Jako specifikum kliniky vnímám, že má pacient jiné postavení než na ostatních pracovištích. Již na webových stránkách je upozorněn, že může s nabízenou léčbou i nesouhlasit, že budou jeho argumenty vyslyšeny. Zároveň dostává informaci o své odpovědnosti za zdraví a s tím spojenou možností o něm také spolurozhodovat a zapojovat se aktivně do léčby. Velmi výstižně je to vyjádřeno v níže uvedené poznámce z webových stránek PSK:

„Aktivní spolupráce klienta a jeho důvěra v lékaře/terapeuta může být pro úspěch psychosomatické léčby v řadě případů důležitější než zvolená terapie nebo lékařský postup.“

Pro psychologa může být důležité zajímat se o široké spektrum různých psychosomatických onemocnění. Důležité však je nesnažit se problémy psychologizovat. K určitému přehledu slouží kniha Základní psychosomatická péče (Tress, Krusse, Ott, 2008), kde se dovíme například o chronické bolesti zad, břicha, o neurologických, kožních i dalších problémech a také o práci s konkrétními případy nemoci. K širšímu vhledu i do oblasti prevence pak může být prospěšná kniha Zásady psycho-terapie a prevence neurotických a psychosomatických onemocnění. (Poněšický, 2011).

pobízeli tím, že nám jde o komplexní obraz jejich života, o jejich příběh, a že máme čas poslouchat. Pacienti například odpovídali na otázku, kdy začaly jejich problémy a k jakému období jejich života se to váže – myslím, že už tohle uvědomění může být bolestivé a zároveň léčivé. Vedle toho se nabízí spolupracující přístup zaměřený na



porozumění jazyku pacienta, který umožňuje být s pacientem v jeho prožitcích a vyjádřit empatickou podporu sdílením jeho jazyka, doptáváním se, jak a co prožívá v danou chvíli (Anderson, 2009). Pro pacienta je pak významný prožitek zájmu vyšetřujících o něj jako člověka, nejen jako nositele nemoci. Uvedeme jednoduché milníky ve vyšetření:

a) mapování prožitku bolesti

- Jak je to s bolestmi? Jak prožíváte bolest? Co ji vyvolává a utišuje?
- Brání vám to v nějakých aktivitách? ...a další charakteristiky.

b) základní stručná edukace o bolesti

- Každá bolest je nepříjemný, emotivní zážitek. Je komplexní a velmi subjektivní, nejde zobrazit ani změřit.

c) možnost zapojit psychosomatické metaforu a zkušenost

- Když si člověk hodně naloží na bedra, začnou ho bolet. Není to bolest sama o sobě, ale člověk, který trpí bolestí.
- Kůže může být projekčním plátnem psychiky a může se na ni promítat, co se v nás děje uvnitř.

CO JE CÍLEM PSYCHOSOMATICKÉHO VYŠETŘENÍ?

Prosvícení spleteného křoví různých předchozích vyšetření, kde jde krom pacientových problémů i o jeho příběh a zkušenosti z vyšetření u jiných lékařů či psychologů. Jde o to zprostředkovat smysluplnost toho podstatného, čím pacient při léčení a v průběhu vyšetření doposud prošel. Tématem může být počet návštěv i s tím spojené subjektivní prožitky. Může jít i o frustraci pacientů například z toho, že:

- Většina těch vyšetření byla k něčemu dobrá, ale teď je třeba se na to podívat komplexněji. Neléčit poruchy, ale celého člověka.

Líbilo se mi, když byly metaforu tohoto typu plynule, ale opatrně zařazovány v dialogu s pacientem. To je právě to přibližování laickému jazyku pacientů, což z mého pohledu umožňuje pacientům uvolnění, protože to usnadňuje vzájemné porozumění a utváří důvěru.

d) potvrzení pacienta při hledání nových možností léčby

- Pacientovi, který doznal, že sice bere prášky, ale hledá i další řešení, se dostalo přímé odpovědi: „*To jste udělal dobře, řešení příčin to není.*“

V tu chvíli jsem vnímala jistou pozici zkušenosti, ovšem ne nadřazující, ale podpůrnou. Jednalo se o jistou reakci podloženou zkušeností v somatické medicíně, s dalším poučením o výhodách i nevýhodách a nutnosti i zbytečnosti medikace v tomto konkrétním případě. Je to tedy chvíle, kdy se nevyhnutelně dostává do popředí expertní biomedicínský algoritmus.

- jim nebylo porozuměno,
- nevěděli, proč s nimi dělají, co dělají,
- vyšetření bylo mnoho nebo málo, nebyla integrována,
- zdravotnický personál se choval necitlivě, netaktně (pacienti mají vztek, cítí se zoufalí, zmatení, zklamání, nemají důvěru).

Zprávu ze vstupního vyšetření jsme v průběhu spolupráce obohatili také



o formulování klíčových klinických hypotéz podle metody Barbary Ingram (2006), s níž jsem se seznamovala při výzkumu *Výcviku integrace v psychotherapii* pana doktora Jana Roubala, kde se tato metoda výuky již aplikuje. Hodně jsme diskutovali podobu závěrečné zprávy z vyšetření (i jazykovou) a možnosti, k čemu by mohla sloužit – hlavně co do návaznosti při předávání pacienta dalším psychoterapeutům, lékařům a jiným pracovištím. Informace o nabídce

léčby by měla být formulována přehledně a srozumitelně jak na webových stránkách pracoviště, tak potom v průběhu vyšetření, kdy již je možné si všimnout, k jakému typu zmíněných možností léčby se pacient vyjadřuje a k čemu má blíž a jestli to zná, popřípadě jaký má k léčbě vztah. Hovoří se také o tom, jak často by mohl docházet nebo jestli si léčbu může sám hradit. Jednoduše jde o to společně zkoumat různé možnosti léčení.

CO NABÍZÍ PSYCHOSOMATICKÉ VYŠETŘENÍ VE DVOJICI?

V rámci case managementu¹ (provázaného zvládání případu) by to mohlo fungovat i tak, že by se vstupní vyšetření ve dvojici (nebo například nějaká jeho část) stalo běžnou praxí. Lékař je facilituje, a tím i umožňuje snadnější zapojení psychologa nebo např. fyzioterapeuta. Již první kontakt by byl tedy zároveň i navázáním kontaktu s budoucím terapeutem ve spolupráci se somaticky a psychosomaticky vzdělaným lékařem, který by případ nadále supervidoval či postupně zcela předal. Tak se to ostatně na Psychosomatické klinice děje v rámci společných porad.

Domnívám se, že již při vstupním vyšetření může terapeut volit, zda svou pozornost zaměří na hypotézy o možném

pacientově sekundárním zisku z nemoci či hledání nějakých jiných pacientových „postranních úmyslů“ s vyšetřením a s léčbou, anebo zda se skutečně zaměří na léčení jako takové, na zkoumání bolesti, na sdílení fenomenologické reality s pacientem i nabídku pohledu „shora“ jako někoho nového v systému pacientovy nemoci. Někoho, kdo se pokouší zapojit sebe, popřípadě další pečující do spoluutváření ozdravného procesu a pomoci pacientovi převzít postupně za své zdraví plnou odpovědnost. Je pak třeba reflektovat, zda nemoc nevyvolává obavy v samotném terapeutovi, zda ty obavy nějak nevytěsňuje a nebrzdí tím nějakou důležitou výměnu s pacientem, zda nemá obavu z toho, že by sám pacient mohl něco vědět lépe než on, že mluví trochu jiným jazykem, než na jaký je terapeut zvyklý a podobně. Mohou to být všechno výzvy a podněty, kde se zlepšovat a při vyšetření ve dvojici je možné se na tyto jevy navzájem upozornit a probrat je.

¹ Více k tématu je ke studiu na stránkách pana doktora Pavla Nepustila přímo o case managementu v oblasti zdravotních a sociálních služeb:

<http://casemanagementcr.wordpress.com/page/4/>

TÝMOVÁ PRÁCE: FORMULACE PŘÍPADU (CASE FORMULATION) A ZVLÁDÁNÍ PŘÍPADU (CASE MANAGEMENT)



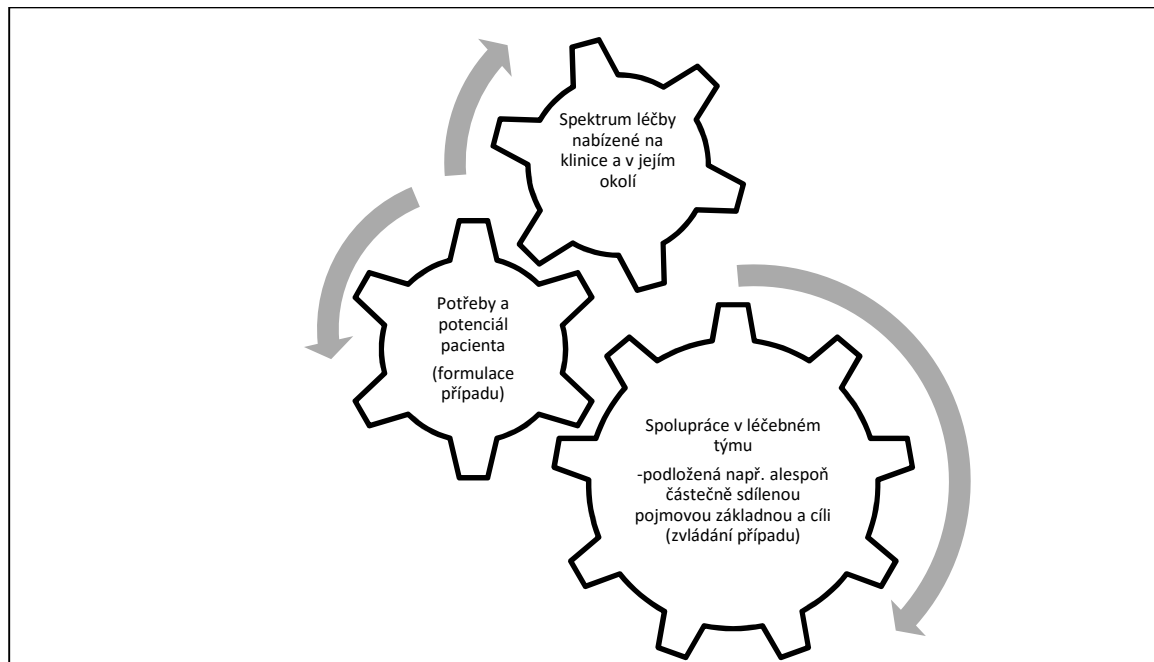
Na formulaci případu (case formulation) navazuje zvládání případu (case management). V prvním jde o široké zachycení pacientova stavu a jeho důsledný popis. Velmi výstižně to ve svém článku vyjadřují Kang Sim a kol. (2005): *„Terapeuti musí hodnotit vhodnost pacientů pro specifické typy psychoterapie, přičemž informace jako demografické charakteristiky a soubor symptomů jsou často nedostačující, je třeba něco víc. Formulace případu může vyplnit tuhle mezeru mezi diagnózou a péčí. Můžeme ji vnímat jako to, co leží na spojnici mezi etiologií nemoci a jejím popisem, mezi teorií a praxí, mezi vědou a uměním.“* (s. 289).

Při zvládání případu (case management) jde o povzbuzení k propojení péče různých lidí, kteří se o člověka starají. U psychosomatických pacientů může jít o „průvodcovství“, nabízející možnosti léčby, jimiž klinika a její okolí disponují, a doporučení, kde po vstupním vyšetření pokračovat v rámci kliniky nebo na spřízněném pracovišti. Lze zvážit různé kombinace různé intenzity, časové dotace, různé finanční náročnosti, tak aby to bylo pro pacienta vhodné. Aby například pacient, který má špatnou zkušenost s psychologem, nemusel jít rovnou na psychoterapii, i když by k tomu diagnóza naváděla; přihlíží se ale k formulaci celého případu, nejen k diagnóze. Spektrum léčby pod střechou instituce, jakou je

Psychosomatická klinika v Praze, je poměrně široké, takže umožňuje dbát na pacientovy potřeby a potenciál a dávat je dohromady s těmi, kdo léčí, a jejich schopnostmi i potenciálem ke spolupráci (viz shrnující obrázek č. 1 níže).

To je to, co by bylo pravděpodobně vhodné elaborovat při cestě směrem k naplnění léčebného potenciálu Psychosomatické kliniky i jiných podobných pracovišť s ohledem na rozmanitost nabízené léčby – a ruku v ruce s tím na prohlubující se spolupráci mezi lékaři, psychoterapeuty, fyzioterapeuty a dalšími. Podmínkou spolupráce je společná základna, což může být například alespoň částečná shoda v otázce „Co pro nás znamená psychosomatika?“ nebo „Jak můžeme spolupracovat při předávání pacientů, při společném navrhování léčby?“. Jako velmi zajímavá technika pro stmelování a zcitlivování týmu byla z mého pohledu také společná imaginace v podání paní doktorky Dudové a pana doktora Karpíška na téma organizace a integrování různorodých prožitků a jejich skládání dohromady. Možností pro spolupráci a rozvoj týmu je velmi mnoho, ovšem jsou limitovány pracovní dobou, cenovým hodnocením výkonů a rutinními postupy byrokratickými. To jsou limity, na které se při diskusích o posunu pracoviště a péče o pacienty naráželo a naráží. A ne vždy je snadné proces uvést do pohybu.





Obrázek č. 1 : Proměnné v procesu naplňování léčebného potenciálu na Psychosomatické klinice.

Další části toho „skutečného“ léčení, které jsem na klinice hledala, jsem mohla odhalovat na poradách a supervizích při naslouchání zkušeným lékařům a terapeutům, přeci jen daleko konkrétněji a hmatatelněji než teoreticky ve škole, na krátkodobé stáži nebo na workshopech. Z porad jsem pochopila,

že součástí týmové práce je sdílet zkušenosti o pacientech a radit se, jak s nimi dál pracovat. Často při velmi živých diskusích. Sbírat podněty druhých a mapovat, kdo a jak je bude dál léčit. Při supervizi týmu je možné se navzájem inspirovat a informovat o způsobu práce.

SHRNUTÍ MOŽNOSTÍ TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE NA PSYCHOSOMATICKÉM PRACOVÍŠTI

- Navzájem si v týmu naslouchat a mluvit tak, aby ze sdíleného vědění mohly vzejít nové informace a řešení pro pacienty.
- Snažit se propojit své vlastní vědění i terapeutické zkušenosti a vědění svých kolegů (z různých lékařských, terapeutických, rehabilitačních přístupů...) tak, aby vznikaly nové informace a nová řešení pro pacienty.
- Zabývat se při společném referování o pacientech informacemi, emočními prožitky a tělesnými vjemy, které v nás pacient vyvolává.
- Dokázat formulovat případ a využít k tomu společného jazyka (např. jazyk klíčových klinických hypotéz, které mají tu výhodu, že jdou napříč přístupy, takže nikoho nediskvalifikují).



- Hledat způsoby, jak propojit medicínský a psychoterapeutický způsob uvažování při společných diskusích.
- Najít si v týmu společná stanoviska například k tomu, co je psychosomatika, co je salutogeneze nebo co je ulcerózní kolitida, pokud půjde o řešení konkrétní diagnózy; i když jádro pojmů je sdílené, můžeme se lišit v drobnostech, které by mohly zakrývat nějaké řešení pro pacienta.
- Využít znalosti celého týmu o možnostech externí spolupráce s jinými pracovišti – používat znalosti lidí jako křížovatku nebo síť, která pacienta přidrží, i když se začne léčit jinde.
- Využívat sdílený virtuální prostor pro sdílení informací o pacientech i kapacitě týmu.
- Léčba těla a psyché dohromady nabízí jiné možnosti v pestrém vyladěném týmu, či se zapojením práce reflektujících týmů.

PRACOVNÍ STÁŽ NA KLINICE PRO KANDIDÁTY PSYCHOSOMATICKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

S odstupem dvou let musím říct, že šlo o skvělou pracovní stáž a vážím si té možnosti. A nejsem sama, kdo se domnívá, že tato praktická výuka je něco, čeho je ve vzdělávání v psychosomatice třeba. V USA je tahle praxe zavedená a mladé kandidátky i mladí kandidáti klinické praxe jsou zařazováni na klinická pracoviště běžně. U nás se to může stát tak, že se někdo zeptá a setká se s pozitivní odezvou a vstřícností vedoucího pracoviště, jak se to stalo naštěstí mně. Anebo se zapojí a učí za chodu až s nástupem na klinické pracoviště do před atestační přípravy, kde je ale velmi málo míst. To, že je málo míst a je velká konkurence, má podle pravidel trhu možná výhodu v tom, že se musí člověk opravdu snažit, čekat a hledat, což zvyšuje jeho motivaci i kvalitu. Ale stojí to taky hodně peněz, času a nejistoty, což může tu kvalitu a motivaci zas brzdit. A tak se možná potenciál spolupráce mezi mladými čerstvými a staršími vyzrálými trochu otupuje – ku škodě všech zúčastněných. Myslím teď na sebe i kamarády, kteří si těžko hledali stáže, kteří nastoupili do práce, kde to bylo hodně na nich bez

kvalitnější supervize a podpůrné týmové práce, která je podle mě na začátku nezbytná. Zasněžovací rituál a moudré vedení je rozhodně třeba. Proto jsem ráda, že jsem se mohla na klinice učit a už nejen uvažovat možnosti transformace psychosomatického vzdělávání a praxe, ale společnou aktivitou tyto možnosti v průběhu čtyřměsíční pracovní stáže ve spolupráci s panem doktorem Kabátem i do určité míry prakticky naplňovat.

Při semináři se studenty medicíny, který jsem měla možnost facilitovat, jsme se mimo jiné zabývali tématem „vlastního vnitřního potenciálu k uzdravení“ a salutogenezi. Po diskusi jsme došli k čtyřem bodům, jež přikládám coby možný výsledek semináře se studenty medicíny, který vyplynul z jejich osobní zkušenosti a práce na odděleních:

1. Vnitřní vůle, síla, nálada a záměr uzdravit se.
2. Rozhodnutí ke změně (pojí se s vůlí).
3. Aktivovat či objevit vlastní způsoby adaptace: to bychom ještě mohli dál probírat a pojmenovat,



jak toto pacientovi usnadnit (anebo i dostat od lékaře „klíč“ – ačkoli to už není tak docela samo uzdravení).

4. Odložit masku a ukázat svoji zranitelnost.

OSOBNÍ PROZŘENÍ

Sama jsem docházela v průběhu stáže a setkávání s tolika pomáhajícími i s pacienty k velkým objevům v oblasti sebepoznání, k některým procitnutím o sobě v kontextu psychosomatické práce. Jednou jsem si do deníku napsala: *„Žiješ svůj život, rosteš, vítězíš, trápíš se, kazíš to, snažíš se, rozvíjíš se... A pak zjistíš, že nejsi ‚osobnost‘, ale v něčem dost možná a klidně také ‚porucha osobnosti‘. Máme-li být k sobě upřímní pak to, co vidíme u pacientů, můžeme vidět i u sebe. A právě proto pak potřebujeme zůstat dost silní i slabí, otevření i uzavření, poražení i vítězové, abychom mohli být pro pacienty oporou.“*

Takhle jsem to viděla. Je to těžký i úlevný úděl pacienta i pomáhajících, a proto bych nechtěla ztrácet odvahu být v kteroukoli chvíli i pacientkou.

Studenty také zajímala indikace psychosomatické péče, téma odcizení duše a těla i vymezení pocitů výjimečnosti v nemoci či výhody, které mohou plynout z nemoci.

A především odvahu spolupracovat s kolegyněmi a kolegy odhodlanými zkušenost sdílet rovněž v týmu a ve prospěch pacientů a své osobní fyzické i duševní pohody, která je pro tuto práci tak důležitá. Stanislav Komárek v předmluvě ke knize *Rodinná terapie psychosomatických poruch* (Trapková, Chvála, 2004) píše: *„Problematika nemoci, ne jako technologického problému lidského fungování, ale jako sociálního a psycho-fyzického jevu (nemám to slovo rád, člověk je jen jeden, nedělitelný), mě zajímala už dlouho.“* (s. 9). Při bohaté spolupráci s panem doktorem Jaromírem Kabátem a při setkání s tolika pacienty jsem si uvědomila, že mě také.



LITERATURA

1. Anderson H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: NC Publishing.
2. Ingram, B. L. (2006). *Clinical case formulations: matching the integrative treatment plan to the client*. New Jersey: John Wiley & sons.
3. Poněšický, J. (2011). *Zásady psychoterapie a prevence neurotických a psychosomatických onemocnění*. Prague: Triton.



4. Sim, K., Gwee, K. P., Bateman, A. (2005). Case formulation in psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*. Vol. 29, s. 289-292.
5. Trapková, L., Chvála, V. (2004): *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
6. Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

Do redakce přišlo: 15.1. 2014

Do tisku zařazeno po korektuře: 25.2.2014

Romana Plchová je pečovatelka a psycholožka, je doktorandkou sociální psychologie na Masarykově univerzitě v Brně, členkou Sdružení pro psychosomatiku a spoluorganizátorkou pravidelných neformálních Setkání psychosomatiky.



POLITIKA, KONCEPCE



ODBORNÁ SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS J.E.P. BYLA ZALOŽENA

Informace najde čtenář na (www.psychosomatika-cls.cz)

1. ZÁPIS Z JEDNÁNÍ PŘÍPRAVNÉHO VÝBORU

Přítomní: MUDr. V. Chvála (SKT Liberec), MUDr. J. Slovák (CKP Roseta), Mgr. J. Týkalová (CKP Roseta), MUDr. J. Kabát, MUDr. O. Masner (PK Praha), Doc. PhDr. M. Bendová, PhD. (Brno), Mgr. D. Jandourková (CKP Dobřichovice), MUDr. Z. Hánová (ORL Vinohrady), Doc. MUDr. J. MUDr. Beran, CSc. (PK Plzeň), MUDr. J. Kredba (rehabilitace Poliklinika Prosek), PhDr. L. Trapková Chválková (Praha), Doc. MUDr. J. Šimek, CSc.

PROGRAM:

1. Informace o současné situaci, která vedla k založení společnosti.



2. Seznam přihlášených členů nové společnosti (v příloze stav k 19.2.2014) a rozhodnutí o jejich přijetí k dnešnímu dni. Probrán seznam přihlášek, celkem 147 členů k dnešnímu dni, 81 lékařů, různých oborů, 64 psychologů, psychoterapeutů, fyzioterapeutů, adiktologů a 2 studenti (viz příloha)

3. Příprava voleb výboru společnosti a revizní komise podle stanov ČLS JEP, rozhodnutí o formě, návrhy kandidátů.

a. Volby budou jednokolové, na valné hromadě 22.4.2014 v LD v 15-18 hodin. V případě nepřítomnosti člena platné hlasovací lístky, zaslané poštou podle volebního řádu ČLS na sekretariát ČLS JEP do 22.4.12:00 Přesný postup viz volební řád ČLS v příloze.

b. Návrhy a volba členů volební komise: Mgr.Jan Knop, MUDr. Zina Hánová, MUDr. Jan Kredba, souhlas všech získán

c. Princip parity při volbě do výboru: respektujeme rozdíly mezi jednotlivými skupinami odborníků, které společnost má zastupovat a organizovat. V diskusi rozlišeny 4 skupiny odborníků a schválen poměr jejich zastoupení ve výboru:

- 3 lékaři nepsychiatrii
- 2 lékaři psychiatrii
- 2 psychologové
- 2 fyzioterapeuti

Výběr každé skupiny na zvláštním hlasovacím lístku. Tak bude složením výboru nová společnost deklarovat a potencovat mezioborový dialog. Poměr lékařů k nelékařům bude 5:4.

RŮZNÉ

a. Diskutovány další potřebné kroky. Ze strany ministerstva je to především svolání akreditační komise, jejíž členové byli nejasným způsobem vybráni a již jmenováni. Komise však dosud nebyla svolána. Přípravný výbor vznáší dotaz ministrovi zdravotnictví na složení akreditační komise a laskavé vyjádření k nominaci jejích členů.

b. V květnu bude zahájen další běh kurzu Základní psychosomatické péče IPVZ.

Další setkání: 8. 4. ve 14 hodin na IPVZ Budějovická místnost č.7

Zapsal V.Chvála 21.2.2014



VOLBY DO ORGÁNŮ ORGANIZAČNÍ SLOŽKY SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP

Přípravný výbor Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP rozhodl na svém jednání dne 20. 2. 2014 o konání voleb.

Volby se konají do: a) výboru
b) revizní komise

Forma voleb: jednokolové volby proběhnou korespondenčně v kombinaci s možností tajné volby během valné hromady, kterou vyhlášíme na 22.4. 2014 v 15 hodin v sále Lékařského domu

Volební komise: výbor zvolil za členy volební komise:

- a) Mgr. Jan Knop - předseda
- b) MUDr. Jan Kredba - člen
- c) MUDr. Zina Hánová - člen

Člen volební komise nemůže kandidovat do volených funkcí.

Návrhy kandidátů:

Řádní členové společnosti mohou navrhnout písemně na adresu J.Knop, Jáchymovská 385, Liberec 10 psč.46010 nebo e-mailem na adresu volby@psychosomatika-cls.cz v době od 22. 2. 2014 do 25.3.2014 kandidáty do výboru a do revizní komise. Navržený kandidát musí být řádným členem společnosti (viz web na adrese http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=308) a musí s kandidaturou do příslušného orgánu souhlasit. Řádný člen může kandidovat jak do výboru, tak do revizní komise. Bude-li zvolen do obou orgánů, sám si vybere, ve kterém orgánu bude pracovat.

Kandidátní listina: na základě návrhů kandidátů sestaví volební komise kandidátní listinu do výboru a do revizní komise a výbor ji zveřejní do 31. 3. 2014 na internetových stránkách společnosti a ČLS JEP. Na základě kandidátní listiny vypracuje volební komise volební lístky, které zašle výbor všem řádným členům OS ČLS JEP.

Počty členů: do výboru bude voleno celkem 9 členů
do revizní komise bude voleno celkem 3 členů

- 3 lékaři nepsychoiatri
- 2 lékaři psychiatri
- 2 psychologové
- 2 fyzioterapeuti

Hlasování:

Každý řádný člen společnosti obdrží poštou volební lístky do výboru a do revizní komise. Na volebních lístcích budou uvedena jména kandidátů dle kandidátní listiny a volič označí křížkem jména volených osob, maximálně však do stanoveného počtu členů orgánu. Označení více osob nebo uvedení jiné osoby než která je uvedena na volebním lístku způsobuje neplatnost hlasu. Označení menšího počtu osob neplatnost nezpůsobuje. Volební lístky s označením volených osob odevzdá volič osobně do volební urny během valné hromady dne 22. 4. V LD, nebo je zašle do 18.4. 2014 ve 12:00



(rozhodující je den podání na poštu) na adresu: Volební komise společnosti psychosomatické medicíny, sekretariát ČLS JEP, 120 26 Praha 2, Sokolská 490/31. Později zasláný volební lístek je neplatný.

Výsledky voleb:

Volební komise provede sčítání hlasů do volených orgánů. Zvlášť sečte platné a neplatné hlasy. Poté sepíše zápis o průběhu a výsledcích voleb, který podepíše všichni členové volební komise. Každý člen volební komise je oprávněn napsat do zápisu své námítky.

Obdrželo -li více kandidátů na posledním voleném místě stejný počet hlasů, automaticky se rozšiřuje stanovený počet členů voleného orgánu o takto zvolené členy. V případě shody hlasů při rozhodování zvoleného orgánu je podle Jednacího řádu ČLS JEP rozhodující hlas předsedy (místopředsedy) tohoto orgánu.

Výsledky voleb vyhlásí předseda volební komise nebo jím pověřená osoba veřejně do 25.4.2014 a zajistí zveřejnění výsledků voleb na internetových stránkách společnosti a ČLS JEP.

Stížnosti:

Stížnosti na průběh voleb lze podávat písemně (nikoliv e-mailem) do jednoho měsíce od vyhlášení voleb na adresu volební komise uvedenou výše v části hlasování. Stížnost musí obsahovat stručný popis volebního postupu a popis v čem je spatřována jeho nesprávnost, jinak nebude stížnost považována za oprávněnou. K později podané stížnosti nebude přihlíženo. O stížnosti rozhodne volební komise.

Archivace: Hlasovací lístky a zápis o průběhu a výsledcích voleb archivuje sekretariát po dobu pěti roků.

Dne 20. 2. 2014

MUDr. Vladislav Chvála, sekretář přípravného výboru

Za předsedu organizační složky ČLS JEP



AKCE, NABÍDKY

2. ČESKÁ KONFERENCE PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÉ TERAPIE

FORMY, TVARY A PODOBY PBSP V RŮZNÝCH TYPECH ODBORNÉ PRAXE.

Vážení a milí, kolegyně a kolegové, srdečně vás zveme k účasti na 2. české konferenci PBSP, která se uskuteční **10. dubna 2014** v konferenčním centru GreenPoint v Praze (www.kc-greenpoint.cz). Zatímco se první podobné setkání před třemi lety ohlíželo za tím, jak si PBSP stojí vedle dalších, v tuzemsku zavedených psychoterapeutických metod, směrů a škol, druhá konference se zaměřuje na mapování podob, forem a tvarů, kterých PBSP nabývá v rukou každého terapeuta, když se konfrontuje s nejrůznějšími každodenními, praktickými požadavky.

Program konference, jak se postupně utváří: Stejně jako před třemi roky bude mít konference hosta ze zahraničí. Tentokrát přijal pozvání špičkový PBSP terapeut, supervizor a trenér Michael Bachg. Promluví v duchu tématu konference o své propracované aplikaci PBSP pro děti a mládež „feeling-seen“.

Mimořádnou přednášku na naše pozvání přislíbil profesor Jan Roth z Centra pro klinické neurovědy při UK, který nás seznámí se současnými možnostmi prokazování výsledků psychoterapie pomocí moderních zobrazovacích metod mozku. Petra Winnette připravuje kazuistiku z individuální PBSP s názvem „PBSP: celistvost a detail“.

Těšit se můžeme na Yvonnu Luckou a Luboše Koblého, kteří budou sdílet letité zkušenosti s vedením PBSP skupin v manželském páru.

Jan Siřínek bude mluvit o poměru mezi terapeutickým vztahem a metodou, využívá-li se PBSP ve střednědobé či dlouhodobé individuální terapii.

Konferenční poplatek činí 1.350,- Kč při platbě po 14. 2. 2014, respektive 1.100,- Kč při úhradě do 14. 2. 2014.

Zvýhodněný poplatek pro členy PBSP CZ, z.s., činí 800,- Kč při platbě po 14. 2. 2014, respektive 700,- Kč při úhradě do 14. 2. 2014. Pro všechny frekventanty IV. výcviku v PBSP platí stejné ceny jako pro členy asociace (Výši poplatku určuje datum připsání částky na účet asociace.)

Přihlášky nám, prosím, pošlete e-mailem na adresu info@pbsp.cz. Děkujeme. Těšíme se na další společné setkání!

Organizační výbor konference:

Ilona Peňasová, Zuzana Lebedová, Jan Siřínek, PBSP CZ, z.s.

IČ: 228 32 131, DPC, Na Vlčovce 2573 / 2c, 160 00 Praha 6

e-mail: info@pbsp.cz, tel.: 607 904 791, www.pbsp.cz, číslo účtu: 234 239 268 / 0300



DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ V PBSP

Tréninkový workshop s Michaelem Bachgem

Srdečně vás zveme na 2denní workshop, který je určen všem absolventům a frekventantům výcviku v PBSP v České republice. Workshop proběhne 11. – 12. dubna 2014 (pátek – sobota) v čase 9:00 – 17:30 hod. (s polední přestávkou 1,5 hodiny) v prostorách Remedia Praha, Křišťanova 15, Praha 3.

Michael Bachg, německý psycholog a psychoterapeut s praxí v Hasbergenu, trenér PBSP a ředitel PBSP institutu v Osnabrücku, zde bude opět prezentovat svoji metodu práce s dětmi, adolescenty a jejich rodiči, založenou na PBSP a nazvanou feeling-seen. (Počítá s tím, že mezi účastníky budou jak ti z vás, kdo ho již před dvěma lety slyšeli, tak ti, kdo ho nyní uslyší poprvé.) Tlumočení z/do angličtiny je zajištěno.

Asociace zažádá o zařazení workshopu do systému celoživotního vzdělávání klinických psychologů. Potvrzení budou zájemcům vydávána na místě. Upozorňujeme, že na žádost lektora je velikost skupiny omezena na maximálně 25 účastníků. (O přijetí rozhoduje datum obdržení přihlášky, přičemž kurzovné je nutno uhradit nejpozději do 14. 3. 2014. Po tomto datu budou volná místa nabídnuta náhradníkům.)

Běžná cena workshopu činí 6.000,- Kč při platbě po 14. 2. 2014, respektive 5.500,- Kč při úhradě do 14. 2. 2014. Zvýhodněná cena pro členy PBSP CZ, z.s., činí 5.500,- Kč při platbě po 14. 2. 2014, respektive 5.000,- Kč při úhradě do 14. 2. 2014. (Cenu určuje datum připsání částky na účet asociace.) Přihlásit se můžete prostou odpovědí na tento e-mail na adresu info@pbsp.cz. E-mailová zpráva je považována za závaznou přihlášku. Kurzovné je splatné nejpozději do 14. 3. 2014 převodem na účet PBSP CZ, z.s., číslo 234 239 268 / 0300 (variabilní symbol = prvních 6 číslic rodného čísla, zpráva pro příjemce = jméno a příjmení). Po 14. 3. 2014 se uhrazené kurzovné nevrací. Je však možné zajistit si náhradníka, který se workshopu zúčastní. Těšíme se na společné setkání.

S pozdravem

Zuzana Lebedová

PBSP CZ, z.s.



Srdečně Vás zveme na III. ročník benefiční konference pro laickou i odbornou veřejnost s názvem

MÍT, ČI NEMÍT DÍTĚ?

sobota 5. 4. 2014 od 8:30

Návštěvou konference získáte zajímavé informace a zaplacením poplatku spolu s námi podpoříte projekt Živá radost - obecně prospěšný projekt pro přirozenou a vědomou cestu k rodičovství.

- **Alexandra Masnerová:** Kraniosakrální osteopatie – podpora při početí, těhotenství a po porodu
- **MUDr. Helena Máslová:** Antikoncepce v širších souvislostech
- **Mgr. Jitka Holubcová:** O spokojenosti
- **BcA. et Bc. Tereza Tara:** Hormonální akvárium prim.
- **MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.:** Mužská neplodnost, diagnostika, léčba a prevence
- **Nikola Křehová, Mgr. Jitka Mozorová:** Jak organizace Na počátku pomáhá těhotným ženám v tísní?
- **Bc. Ilona Haasová, Mgr. Lucie Machová:** Psychosomatika neplodnosti
- **Květa a Petra:** Děti a registrované partnerství

CÍL: objevit nové perspektivy, získat nadhled nad vlastním příběhem, otevřít kontroverzní témata

MÍSTO KONÁNÍ: CKP Dobřichovice, Na Vyhlídce 582, Dobřichovice

INFO: www.ckp-dobrichovice.cz, hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz

OBJEDNÁNÍ: hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz | CENA: 1.000 Kč

PROGRAM KONFERENCE

08.00 – 08.30 | Prezence účastníků a organizační záležitosti 08.30 – 09.00 | Představení projektu Mgr. Iveta Kučerová, Mgr. Jana Týkalová, Mgr. Hana Sladká 09.00 – 10.00 | Alexandra Masnerová: Kraniosakrální osteopatie – podpora při početí, těhotenství a po porodu 10.00 – 11.00 | MUDr. Helena Máslová: Antikoncepce v širších souvislostech 11.00 – 12.00 | Mgr. Jitka Holubcová: O spokojenosti 12.00 – 12.30 | Přestávka na případné dotazy, diskuzi, organizační záležitosti 12.30 – 13.30 | Přestávka na oběd 13.30 – 14.00 | BcA. et Bc. Tereza Tara: Hormonální akvárium (projekce filmu) 14.00 – 15.00 | MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.: Mužská neplodnost, diagnostika, léčba a prevence 15.00 – 15.25 | Nikola Křehová, Mgr. Jitka Mozorová: Jak organizace Na počátku pomáhá těhotným ženám v tísní? 15.25 – 15.45 | přestávka, občerstvení 15.45 – 16.30 | Bc. Ilona Haasová, Mgr. Lucie Machová: Psychosomatika neplodnosti 16.30 – 17.15 | Květa a Petra: Děti a registrované partnerství 17.15 – 18.15 | Diskuse s přednášejícími lektory 18.15 – 19.00 | Přípitek pro Živou radost a benefiční aukce, shrnutí, předání účastnických certifikátů



ANOTACE PŘÍSPĚVKŮ

ALEXANDRA MASNEROVÁ: Kraniosakrální osteopatie – podpora při početí, těhotenství a po porodu

Příspěvek se bude týkat uvědomění, že k početí je třeba naladění rodičů, zbavení se chaosu a stresu, otevření perspektivy především pro dítě. Dále se bude mluvit o uvědomění, že embryo a plod přejímá všechny pocity matky a jejího okolí. Bude poukázáno na péči o optimální stav pánevního pletence k přípravě na porod a podporu psychické rovnováhy těhotné. Nahlédne se na ošetření matky po porodu (kontrola pánve, informace o fyzických změnách po těhotenství a porodu a jak s nimi zacházet). Zmíní se důležitost podpory matky při vyčerpání a citové labilitě. Bude zmíněno ošetření dítěte po porodu, kdy především novorozenaťům lze pomoci v jejich nelehké fyzické a emocionální adaptaci na vnější prostředí a posílit jejich vlastní zdroje. Autorka si je vědoma, že je to jen malá část toho, co by se mělo kolem těhotné, matky a dítěte dít. Je třeba porozumění a spolupráce všech potřebných a zúčastněných profesí.

Alexandra Masnerová pracuje již přes 50 let jako fyzioterapeutka. Většinu své profesionální dráhy strávila ve Švýcarsku, kde měla 23 let vlastní praxi. 15 let vyučovala jako externí učitelka na Physiotherapie-Schule v Zürichu, obory pohybovou výchovu a praktickou část pro bolestivé syndromy páteře. Když ji samotnou začaly klátit potíže pohybového systému, ohlížela se po fyzicky méně náročných možnostech. Objevila před 16 lety kraniosakrální osteopatii, která tehdy ve Švýcarsku začínala. Tato technika ji od té doby fascinuje a snaží se dále získávat nové poznatky. Od roku 2003 žije v Praze, spolu s rodinami svých dvou synů. Svého těžce nemocného muže před dvěma roky dochovala. Má šest vnoučat.

masnerova@upcmail.cz

MUDR. HELENA MÁSLOVÁ: Antikoncepce v širších souvislostech

Antikoncepce má vliv na ženu na několika úrovních. Jednak ovlivňuje přímo její endokrinní systém ve smyslu nahrazení vlastního menstruačního cyklu lineárními hladinami syntetického estradiolu a gestagenu. Což dále ovlivňuje další fyziologické funkce navázané na reprodukční zdraví, kam patří zejména sexuální chování a výběr sexuálního partnera. V rámci provázanosti endokrinní soustavy, nervové soustavy a psychiky, má užívání antikoncepce zcela nepopíratelný vliv i na psychické prožívání dané konzumentky, ovlivňuje její reprodukční strategii a vede k revoluční změně z pasivního přístupu v aktivní - tedy nutnosti se k mateřství odhodlat. Tato nově nabitá svoboda doprovázená velkou zodpovědností vede u řady žen k prokrastinaci a to až do té míry, že původní provizorní syntetická neplodnost se stává definitivní neplodností. Volbu, zda se chceme nebo nechceme stát matkou, tak činíme ne párkrát za život, ale každý den v okamžiku, kdy si vkládáme antikoncepční pilulku do úst.

MUDr. Helena Máslová vystudovala 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Pracovala na gynekologicko-porodnickém oddělení, na lůžkovém interním oddělení i v léčebně dlouhodobě nemocných. Zkušenosti ze všech těchto pracovišť ji přivedly k psychosomatické a primární medicíně a posléze k založení Centra psychosomatické péče.



Nyní se věnuje zejména psychogynekologii, ženskému zdraví a reprodukci z pohledu psychosomatických souvislostí. Matka tří dětí. Mluví anglicky a francouzsky. Člen České lékařské komory. Patronka projektu Živá radost.

www.psychosomatic.cz

MGR. JITKA HOLUBCOVÁ: O spokojenosti

Věříme tomu, že naše štěstí leží někde mimo nás samé, lze si ho koupit, vyrobit, porodit? Nebo je jeho zdroj v nás samých? O vědomých volbách, setrvání v přítomném okamžiku a ochotě zůstat se svými pocity.

Mgr. Jitka Holubcová je fyzioterapeutka a školitelka. Hlavní inspirací pro její práci je přístup její učitelky Clary-Marie Heleny Lewitové, tzv. Fyzioterapie funkce. Tento jemný terapeutický dialog dovoluje pracovat se všemi diagnózami, dětmi i dospělými. Od roku 2008 je také samostatnou učitelkou Fyzioterapie funkce. V terapii dále využívá Vojtovy metody, metody Ludmily Mojžíšové a mobilizace dle profesora Lewita. Absolvovala výcvik v Rogersovské psychoterapii a mnoho let praktikuje meditace tibetského buddhismu. Třináct let pracovala jako samostatná fyzioterapeutka v Lékařském domě v Mezibranské v Praze, s Centry komplexní péče Dobřichovice, Roseta a Sámova spolupracuje od jejich vzniku. Kromě fyzioterapeutické práce se podílí na organizaci odborných seminářů a kurzů, sestavování komplexních programů, supervizní práci a vedení studentů. Je ředitelkou CKP Sámova.

www.ckp-samova.cz

BCA. ET BC.TEREZA TARA: Hormonální akvárium (projekce filmu)

Sto milionů žen na celém světě spolkně každý den pilulku hormonální antikoncepce. Mezitím se pomalu, ale jistě rybí samci přeměňují v samičky. Výzkumy hovoří o tom, že i muži se v jistém ohledu podobají rybím samcům a ztrácejí svou plodnost. Jakou roli v tom prapodivném koloběhu hraje antikoncepční pilulka? Neplaveme náhodou v hormonálním akváriu úplně všichni, bezstarostně, jako plavci na koupališti za horkého letního dne?

Tereza Tara je filmová režisérka, autorka dokumentárních i hraných filmů. Její filmy získaly ocenění v Čechách i v zahraničí. Film „HORMONÁLNÍ AKVÁRIUM“ vypráví o cestě antikoncepční pilulky, která způsobuje změny pohlaví u ryb, a film „V ČEM JE HÁČEK?“ odhalil už před několika lety sexuální zneužívání v Poetrii, ezoterické škole Gurua Járy. V současné době točí film „LET VINY“ o tom, jak vyléčila své ledviny a o psychosomatických kořenech nemocí. Je autorkou umělecko-vzdělávacích projektů, vycházejících z témat jejích filmů /projekt HORMONÁLNÍ AKVÁRIUM/. Pořádá přednášky, besedy a semináře pro veřejnost, odborníky i školy. Vystudovala dokumentární tvorbu na FAMU, a když zrovna není na cestách, žije a tvoří v České republice, v srdci Evropy. Tereza Tara je také průvodkyní po cestě osobního rozvoje a poskytuje osobní konzultace pro ženy. Dlouhodobě se zabývá rozvíjením kreativity



/Umělcova cesta/ a zdravým životním stylem. Je cvičitelkou tantrajógy MOHENDŽODÁRO, tajemného, zkrášlujícího a omlazujícího cvičení pro ženy.

www.terezatara.com

PRIM. MUDR. VLADIMÍR KUBÍČEK, CSC.: Mužská neplodnost, diagnostika, léčba a prevence

Prezentace ukazuje hlavní příčiny mužské neplodnosti, diagnostické možnosti a možnosti léčby. Velmi důležitou a opomíjenou oblastí je prevence mužské neplodnosti. Hlavní příčinou mužské neplodnosti je porucha žilní drenáže varlat, která je léčitelná a do značné míry preventabilní. Naznačeny jsou možnosti fyzikální terapie poruchy žilní drenáže varlat, pánve a retroperitonea.

Prim. MUDr. Vladimír Kubíček, CSc. absolvoval lékařskou fakultu v roce 1987, v roce 1990 složil specializační atestaci z urologie I. stupně, v roce 1994 specializační atestaci z urologie II. stupně na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V roce 1999 obhájil dizertační práci na téma „Mužská infertilita“ na 1. LF VFN a UK v Praze a byla mu udělena vědecká hodnost kandidáta věd. Od začátku specializační přípravy se intenzivně zabývá andrologií, absolvoval certifikovaná školení v andrologických univerzitních centrech v Rakousku a USA. Napsal sedm samostatných publikací a monografií pro postgraduální vzdělávání lékařů, u několika publikací byl editorem, u řady publikací spoluautorem. V odborných lékařských časopisech samostatně publikoval více než padesát článků, přednesl více než sto přednášek na odborných lékařských konferencích. Je organizátorem a odborným garantem andrologických sympózií, pořádaných od roku 1998 s důrazem na interdisciplinární spolupráci a otevřenou výměnu zkušeností. Pro laickou veřejnost publikoval více než sedmdesát článků, napsal populárně naučnou publikaci „Penis – rádce nejen pro muže“ (2006). Je členem International Society for Sexual Medicine, European Society for Sexual Medicine, International Society for the Study of Aging Male (zakládající člen), European Association of Urology, České společnosti pro sexuální medicínu (zakládající člen), Sexuologické společnosti ČLS JEP, České urologické společnosti ČLS JEP, zakládající člen a odborný konzultant její andrologické sekce. Je zakládajícím členem České společnosti pro sexuální medicínu, od r. 2005 je předsedou ČSSM. Vede Centrum andrologické péče s pracovišti v Českých Budějovicích a v Praze.

www.androcare.cz

NIKOLA KŘEHOVÁ, MGR. JITKA MOZOROVÁ: Jak organizace Na počátku pomáhá těhotným ženám v tísní?

Kdo jsou těhotné ženy v tísní, co jim chybí a co potřebují? Obecně prospěšná společnost Na počátku představí svoje možnosti pomoci ženám, které si přejí své dítě donosit, ale ve svém přirozeném prostředí k tomu nemají vhodné podmínky.

Nikola Křehová je pracovnice v sociálních službách v Bytech Na počátku, o.p.s., lektorka předporodní přípravy v Domově pro dětský život, dula, matka tří dětí. Mgr. Jitka



Mozorová je sociální pracovnice v Poradně Na počátku, o.p.s., lektorka workshopů pro studenty VOŠ sociálního zaměření.

www.napocatku.cz

BC. ILONA HAASOVÁ, MGR. LUCIE MACHOVÁ: Psychosomatika neplodnosti

Obecně prospěšná Společnost pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti nastíní pomocí kazuistik způsob, jakým psychoterapie pomáhá ženám na cestě za vysněným otěhotněním i v těžkém rozhodnutí tento cíl opustit.

Ilona Haasová je psycholožka, terapeutka, matka dvou dětí "ze zkumavky" po osmi letech boje s "neplodností" a zakladatelka společnosti. Na základě své životní zkušenosti se rozhodla pomáhat ženám, které se ocitly v podobné situaci a hledají oporu a podporu zejména v procesu umělého oplodnění. Lucie Machová je psycholožka, terapeutka a matka přirozeně počatého dítěte. Její zájem o tematiku ženství a mateřství jí přivedl ke spolupráci s Ilonou a k tématu psychosomatické podpory neplodných žen.

www.podporareprodukce.cz

KVĚTA A PETRA: Děti a registrované partnerství (moderovaný rozhovor)

Moderovaný rozhovor, ve kterém bude nastíněna problematika registrovaného partnerství a rodičovství. Jaké jsou paradoxy v českých zákonech? Ve vztahu k dítěti má registrovaný partner všechny povinnosti, ale žádná práva. Peripetie doprovázející homosexuální dvojice. Kdo je otec? Kdo jsou mámy? Jak to vypadá v rodině, kde jeden z páru vstupuje do heterosexuálního manželství s potlačovanou homosexualitou?

Květa a Petra jsou přítelkyně, které se nyní nachází v období vztahu, kdy uvažují o dítěti. Rozhovor povede Mgr. Iveta Kučerová.

***MGR. IVETA KUČEROVÁ je zakladatelkou projektu Živá radost, nezávislou publicistkou a lektorkou kurzů pro sebe vědomé ženy, certifikovanou lektorkou Školy pánevního dna a systému tantrické jógy Mohendžodáro MUDr. Moniky Sičové – Kůdelové. Je bezdětná a má osobní zkušenost s volbou mít, či nemít dítě po čtyřicítce. Iveta Kučerová založila projekt Živá radost v roce 2012, kdy se v Praze uskutečnil první Den početí – pro přirozenou a vědomou cestu k rodičovství. Společně s lékaři (MUDr. Helena Máslová, MUDr. Vladislav Chvála aj.), terapeutky a předními lektory osobního rozvoje připravuje program Rok početí, který inspiruje a pomáhá párům na cestě k přirozenému a vědomému početí. V jeho rámci se 17.září 2014 v Praze uskuteční seminář švýcarského terapeuta Andre Jacometa Rodičovství bez traumat. Rozhovor s Jacometem, mj. o souvislostech IVF a vzniku traumatu najdete v Psychologii dnes 2014/1 a na www.zivaradost.cz

iveta.mohendzodaro.cz
www.zivaradost.cz



POŘADATELÉ

CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE DOBŘICHOVICE je nestátní zdravotnické zařízení situované poblíž Prahy na kraji brdského lesa. Zabývá se diagnostikou, prevencí a léčbou obtíží spojených s pohybovým systémem dětí a dospělých. Poskytuje fyzioterapii, psychologii, rehabilitační lékařství, ošetření v lékařském oboru ORL. Pro pacienty z celé ČR i zahraničí nabízí několikadenní rehabilitační programy, komplexní psychosomatická vyšetření, program pro podporu těhotenství, cvičební programy. CKP Dobřichovice podporuje a rozvíjí psychosomatický náhled na řešení zdravotních obtíží spojených s pohybovým systémem. Za CKP Dobřichovice na projektu spolupracují Mgr. Jana Týkalová (ředitelka CKP Dobřichovice a CKP Roseta) a Mgr. Hana Sladká (fyzioterapeutka, koordinátorka konference). CKP Dobřichovice benefičně podporuje konferenci poskytnutím prostor a týmu svých odborníků. Další informace a fotografie najdete na www.ckp-dobrichovice.cz nebo na Facebooku CKP Dobřichovice.

CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE DOBŘICHOVICE PLUS organizuje odborné kurzy, semináře a konference pro zdravotnické odborníky i veřejnost. Ze široké nabídky uvádíme pro příklad kurzy Fyzioterapie funkce dle Clary Lewitové (lektoři Mgr. Jan Maryška, Mgr. Jitka Holubcová), semináře bioenergetiky Tělo a stres (lektoři Mgr. Tereza Koryntová a PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.), kurzy pro čerstvé rodiče Něžná náruč (lektor Mgr. Mária Šabíková), setkání s taneční terapií (lektor Mgr. Klára Čížková),

odborné semináře pro fyzioterapeuty, workshopy Feldenkraisovy metody (lektor: Jitka Nagy), konference pro Živou radost, psychosomatickou konferenci Základy komplexního psychosomatického přístupu atd. Více informací na www.ckp-dobrichovice.cz.

CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE ROSETA je nestátní zdravotnické zařízení sídlící na Praze 2, které obdobně jako CKP Dobřichovice poskytuje komplexní péči v oborech fyzioterapie, rehabilitační lékařství a psychologie. Nabízí celou škálu podpůrných programů pro své klienty a pacienty a také se věnuje vzdělávání lékařů, fyzioterapeutů, psychoterapeutů, osobních trenérů, masérů i veřejnosti. Za CKP Roseta Praha spolupracují Mgr. Jana Týkalová (ředitelka CKP Dobřichovice a CKP Roseta) a odborníci z tohoto zdravotnického zařízení. Podrobné informace a fotografie najdete na www.roseta.cz nebo Facebooku Rosety.

CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE SÁMOVA je nestátní zdravotnické zařízení ve Vršovicích na Praze 10 a je sesterským pracovištěm CKP Dobřichovice a CKP Roseta. Poskytuje komplexní péči v oborech fyzioterapie a psychologie, uplatňuje psychosomatický náhled na řešení zdravotních potíží, podílí se na vzdělávání odborné i laické veřejnosti. Na projektu spolupracuje Mgr. Jitka Holubcová, ředitelka CKP Sámova. Podrobné informace najdete na www.ckpsamova.cz nebo Facebooku CKP Sámova.

OBECNĚ PROSPĚŠNÝ PROJEKT ŽIVÁ RADOST je platformou pro inspiraci, informovanost a vzdělávání v oblasti přípravy na vědomé početí a rodičovství. Popularizuje tradiční a osvědčené metody. Otevírá tabu spojená s tématem. Přináší nové pohledy a souvislosti. Zprostředkovává názory, koncepce a programy předních odborníků a osobností utvářejících veřejné mínění na toto téma. Za Živou radost projekt koordinuje Mgr. Iveta Kučerová (zakladatelka a koordinátorka projektu Živá radost). Více informací najdete na www.zivaradost.cz.



Mít či nemít dítě je benefiční konferencí na podporu projektu Živá radost. Živou radost můžete také podpořit osobní spoluprací, finančním či nefinančním vkladem na transparentní účet: 661888/5500.

PŘIHLÁŠENÍ A ODHLÁŠENÍ

1. Přihlášení: Napište email na hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz. Zadejte Vaše jméno, titul, kontaktní telefon, e-mailovou adresu. Obratem Vám přijde potvrzení o zarezervovaném místě.

2. Odhlášení: Pokud se kurzu nemůžete zúčastnit, prosíme, napište na hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz, abychom uvolněné místo mohli nabídnout náhradníkům.

PLATBA

Vyberte si jednu z následujících možností:

A) Co dělat, když chcete fakturu?

Napište si o fakturu na hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz a zároveň uveďte tyto údaje:

- jméno a příjmení účastníka
- název společnosti (firmy) s uvedením IČ, DIČ, na které má být vystavena faktura
- platnou fakturační adresu

Fakturu Vám během několika dní zašleme e-mailem. Platbu proveďte až v momentě, kdy znáte číslo faktury, které pak slouží jako variabilní symbol platby. Platbu pošlete na účet číslo: 255925822/0300, variabilní symbol: číslo faktury, nejpozději do 7.3.2014. Originál faktury dostanete od koordinátorky na místě v den konání.

B) Pokud Vám stačí formulář „Potvrzení o úhradě účastnického poplatku“, pak je situace jednodušší. Tento formulář je spolu s výpisem z Vašeho účtu také daňovým dokladem. V tomto případě nejpozději do 7.3.2014 uhradte poplatek za kurz převodem na účet: 255925822/0300, variabilní symbol: 050414 (datum kurzu), v poznámce prosím nezapomeňte uvést jméno účastníka kurzu. O formulář si napište na adresu hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz. Koordinátorka Vám ho předá na místě přímo na kurzu.

C) Platba hotově: na recepci Centra komplexní péče v Dobřichovicích nejpozději 7.3.2014.

STORNO PODMÍNKY

Co dělat, pokud jste poplatek již zaplatili a nemůžete se kurzu zúčastnit?

Omluvíte-li se na hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz do 7.3.2014, bude Vám celá částka vrácena zpět. Pokud se neomluvíte nebo se omluvíte později, pak Vám zbývá možnost najít si za sebe náhradníka, jinak celá částka propadne našemu zařízení.

Těšíme se na setkání s Vámi.

Za tým CKP Dobřichovice koordinátorky: Mgr. Hana Sladká Mgr. Jana Týkalová



DAAN VAN KAMPENHOUT: LÉČIVÉ RITUÁLY NA KRUHU PŘEDKŮ 16. – 18. 5. 2014

„Poznání a pochopení různých skupin kruhu předků dá účastníkům mocné rituály pro jejich vnitřní rovnováhu, integritu, léčení sebe sama i rodiny a systému, ze kterého pocházíme.“

Na šamanském kruhu čtyř směrů se nacházejí v každé jeho čtvrtině různé skupiny předků. V rámci tohoto semináře prozkoumáme kruh předků za pomoci mnoha rituálů a cvičení prováděných jednotlivě, v malých skupinkách, i společně se všemi účastníky. Metody, které zde budeme používat, pocházejí ze šamanismu a systemické konstelační práce a dále pak ze Systemického Rituálu, což je kombinace prvků těchto dvou metod do metody, kterou Daan během několika let vyvinul.

Setkáme se s nejrůznějšími skupinami předků a díky tomuto setkání nám vzájemná komunikace s nimi přinese vhledy, léčení a rovnováhu pro všechny, kdo se této výměny zúčastní. Setkáme se s biologickými předky naší vlastní pokrevní linie a zároveň s duchovními předky duchovního učení, jež následujeme. Do třetí skupiny patří mytologičtí předkové (krom jiných sem patří postavy z mýtů, filmů, knih, které nás inspirovaly). Nakonec se i setkáme s „těmi, co vědí“; s lidmi, kteří vědí více o cestě, po které ve svém životě kráčíme, protože po ní šli před námi a my jdeme v jejich stopách.

Daan van Kampenhout – pochází z Holandska. Ve své práci spojuje aspekty rodinných konstelací a šamanských rituálů s chasidskými písněmi a modlitbami. Studoval u tradičních šamanských učitelů z různých kultur. Vyučuje a přednáší o šamanismu mezinárodně, pracuje v Evropě, Izraeli, v USA a na dalších místech. Je autorem tří knih a mnoha článků o tradičních a současných šamanských postupech v kombinaci s konstelační prací. Díky spojení rituálů a konstelací vyvinul své specifické pojetí Systemického Rituálu. V češtině vyšla jeho kniha *Obrazy duše*. Daan navštíví Prahu již poněkolkáté a my se velmi těšíme na jeho nesmírně působivou, charizmatickou práci, šamanské léčivé písně i osobitý humor.



Místo: Praha, bude upřesněno. Začátek v pátek v 17 h, konec neděle v 16 h. Cena: 4500 Kč. (Seminář je veden v AJ s překladem do ČJ)

Organizuje: Barbora Nádvořníková, Alena Hloušková. **Přihlášky:** alena.hlouskova@gmail.com, tel: 777 302 155 www.barboranadvornikova.cz, www.konstelace.info

Seminář podporuje: ČASK – Česká asociace systemických konstelací. www.cask.cz



15. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI

IDENTITA PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

16.– 18. října 2014

Liberec, vědecká knihovna

Informace na webu: <http://konference.psychosomatika.cz/>

PROLOG

Vážené kolegyně, kolegové, přátelé,

Psychosomatická klinika s.r.o. (Praha) a Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci (LIRTAPS) ve spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS J.E.P. a Českou psychoterapeutickou společností ČLS J.E.P. vás srdečně zvou na 15. konferenci psychosomatické medicíny do Liberce.

Podařilo se nám společnými silami zavést psychosomatickou medicínu do novely vládní Vyhlášky 185/2009 o vzdělávání ve zdravotnictví. Tak začala nová etapa vývoje psychosomatické medicíny v ČR. Naplnili jsme tím legislativní předpoklad existence psychosomatiky, jako medicínského oboru. Vystala tím naléhavá potřeba definovat obsah oboru a vymezení jeho hranic. Proto se jeví téma identity psychosomatické medicíny jako aktuální.

Ve dnech 16. - 18. 10. 2014 chceme navázat na tradici celostátních setkání všech zájemců o psychosomatickou problematiku ve zdravotnictví v Liberci.

Program bude jako obvykle pestrý, rádi bychom si však položili otázky týkající se identity:

- Na jakých teoretických, filosofických a etických základech stojí psychosomatická medicína, kterou chceme nabízet v rámci našeho zdravotnictví?
- Jaké metody jsou v rámci psychosomatické péče v medicíně základní, a co už přesahuje rámec takto definované péče?
- Daří se multidisciplinárním (bio-psycho-sociálně orientovaným) týmům u nás?
- Jak vyučovat lékaře či mediky psychosociálním dovednostem, které rozšíří jejich převážně biologicky orientované medicínské vzdělání? A z druhé strany, jaké místo mají a měli by mít kliničtí psychologové v psychosomatické problematice?
- V čem se liší psychosomatická medicína a klinická psychoterapie? Jak by měly doplňovat a spolupracovat?
- Jaké jsou zkušenosti se zaváděním psychosomaticky orientované praxe v jednotlivých místech ČR?
- Mají jednotlivé klinické obory zájem o psychosomatickou problematiku?
- Jaký výzkum potřebuje psychosomatická medicína?

Na setkání s Vámi se těší přípravný výbor konference



POŘÁDÁ

Psychosomatická klinika s.r.o. (Praha)
 Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP
 Psychoterapeutická společnost ČLS JEP
 Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch (Liberec)
 Ve spolupráci s Institutem rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Vladislav Chvála
 MUDr. Jaromír Kabát
 Mgr. Jan Knop
 MUDr. Ondřej Masner
 PhDr. Ludmila Trapková

PROGRAMOVÝ VÝBOR

Prezident konference: Mgr. Et Mgr. Marek O. Vácha, PhD.
 Sekretář konference: MUDr. V. Chvála
 Doc. PhDr. K. Balcar, CSc.
 Doc. MUD. J. Beran, CSc.
 Doc. PhDr. M. Bendová, PhD.
 MUDr. R. Honzák, CSc.,
 MUDr. J. Kabát
 MUDr. M. Konečný,
 MUDr. J. Poněšický,
 MUDr. D. Skorunka, PhD.
 PhDr. I. Strobachová
 PhDr. L. Trapková
 P. Mgr. Et Mgr. M. O. Vácha, PhD.

VĚDECKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

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

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

Psychosomatická klinika s.r.o. (Praha)
 Sekretářka paní Menclová
 Tel.: +420 485151398
 E-mail: konference@psychosomatika.cz
 Informační server: <http://konference.psychosomatika.cz/>



PROGRAMOVÉ SCHEMA

Místo konání: Krajská vědecká knihovna v Liberci, příspěvková organizace,
Rumjancevova 1362/1, 460 53 Liberec 1, <http://www.kvkli.cz/cz/index.php>

Čtvrtek 16. 10. 2014

9:00 – 10:00 Registrace

10:00 – 11:30 1. blok: plenární jednání: Zahájení a přednášky (15+2x30)

11:30 – 12:00 Přestávka

12:00 – 13:30 2. blok: plenární jednání: přednášky (3x30 min)

13:30 – 15:00 Přestávka na oběd

15:00 – 16:30 3. blok: plenární jednání: přednášky (3x30 min)

16:30 – 17:00 Přestávka, káva

17:00 – 18:30 4. blok: dílny, diskusní skupiny 4 sály (max. 4 x 90 min)

Pátek 17. 10. 2014

8:00 – 9:00 Registrace

9:00 – 10:30 5. blok: plenární jednání: přednášky (3x30min)

10:30 – 11:00 Přestávka

11:00 – 12:30 6. blok: plenární jednání: přednášky (3x30 min)

12:30 – 14:00 Přestávka na oběd

14:00 – 15:30 7. blok: plenární jednání: přednášky (3x30 min)

15:30 – 16:00 Přestávka, káva

16:00 – 17:30 8. blok: dílny, diskusní skupiny, 4 sály (max. 4x 90 min)

19.30 – 21.30 Společenský večer s rautem a koncertem

Sobota 18. 10. 2014

8:00 – 9:00 Registrace

9:00 – 10:30 9. blok: subplenární jednání: 3 diskusní skupiny dle témat (45 min) plus propojení diskuse v plénu (45 min)

10:30 – 11:00 Přestávka

11:00 – 12:30 10. blok: plenární jednání, shrnutí a závěr

KAPACITA KONFERENCE: 17 přednášek po 30 min vč. diskuse v plénu

8 dílen po 90 min. paralelně ve 3 sálech

3 diskusní skupiny dle témat („čejenský typ“) po 90 min
postery- do 30

CHARAKTER AKCE: Akce má charakter postgraduálního vzdělávání lékařů, klinických psychologů a zdravotních sester. Je garantována ČLK, AKP (ohodnoceno kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání – účastníci obdrží certifikát o účasti.

AKTIVNÍ ÚČAST – ABSTRAKTA

ABSTRAKTA budou přijímána elektronicky vědeckým sekretariátem akce:

Chvála Vladislav: E-mail: chvala@sktlib.cz



ROZSAH abstrakta je max. 50 řádek bez formátování, formát souboru doc, docx, odt nebo rtf

TÉMATATA PŘÍSPĚVKŮ: Psychosomatická medicína dle převažujícího těžiště pomáhajících profesí:

1. v somatické oblasti (metody, teorie, kazuistiky, integrace, etika)
2. v oblasti psychoterapie (metody, teorie, kazuistiky, integrace, etika)
3. v oblasti sociální (metody, teorie, kazuistiky, integrace, etika)

Hlavní důraz příspěvků budiž v oblasti identity psychosomatické medicíny, co ještě ano a co již ne v psychosomatické medicíně. Vítána jsou témata dotýkající se filosofických, etických i duchovních aspektů psychosomatické péče, hranic, které rozdělují i spojují. Programový výbor této konference pokládá za důležitý prostor pro diskusi, počítejte s tím, prosím, při přípravě svého vystoupení.

PŘÍSPĚVKY mohou být prezentovány ve formě přednášky, posteru, workshopu nebo semináře. Přednášky budou prezentovány v plenárním jednání (30 minut včetně diskuse), semináře či dílny budou probíhat paralelně 90 minut. Uveďte preferovanou formu prezentace. O konečném zařazení přednášky nebo dílny rozhodne programový výbor na svém zasedání 10. 6. 2014.

TERMÍN PRO ZASLÁNÍ ABSTRAKT: 30. 5. 2014. Po tomto termínu již nebude přijata žádná další práce

INFORMACE O ZAŘAZENÍ příspěvku do programu bude autorům zaslána do 13. 6. 14

PREZENTACE: Prezentace nejlépe v programu PowerPoint odevzdejte organizátorům nejpozději ráno v den přednášky, aby mohlo být promítání vyzkoušeno.

Během konference bude pořizován zvukový záznam většiny přednášek, který bude účastníkům k dispozici na webu konference. Je možné vyjednat, aby nebyl záznam v jednotlivých případech pořizován.

REGISTRACE

Registraci vyřizuje Technický sekretariát konference, paní Menclová
Tel.: +420 485151398
E-mail: konference@psychosomatika.cz

ELEKTRONICKÁ REGISTRACE – zašlete požadavek e-mailem na adresu technického sekretariátu (konference@psychosomatika.cz), nebo elektronický formulář na stránkách konference

POTVRZENÍ REGISTRACE Vám bude zasláno do několika dnů e-mailem. Na stránkách konference bude veden seznam přihlášených, zkontrolujte, zda jste zde uvedeni v seznamu přihlášených, který bude průběžně doplňován. Daňový doklad Vám bude vystaven na základě Vašeho požadavku, ve kterém uvedete potřebné fakturační údaje k vystavení dokladu (údaje můžete zaslat elektronicky na adresu konference@psychosomatika.cz). Při registraci osobně obdržíte potvrzení o úhradě registračního poplatku a certifikát o účasti.



REGISTRAČNÍ POPLATKY

	Do 30. 6. 2014	Po 30. 6. 2014
Registrační poplatek	1200 Kč	1600 Kč
Reg. poplatek studenti	600 Kč	1200 Kč
Reg. poplatek 1 den	-	600 Kč
Vyzvání přednášející ¹ a členové org. výboru	0 Kč	0 Kč

REGISTRAČNÍ POPLATEK ZAHRNUJE:

- vstup na odborný program
- občerstvení v době kávových přestávek
- vstup na raut s koncertem
- konferenční materiály
- potvrzení o účasti

PLATEBNÍ PODMÍNKY

Registrační poplatek je nutné uhradit v plné výši před začátkem konference, a to bankovním převodem. Rozhodující pro výši poplatku je datum, kdy byla částka připsána na účet konference

BANKOVNÍ PŘEVOD

Číslo účtu: 213 998 329/0800
 Banka: Česká spořitelna
 Variabilní symbol: 1014
 Detaily platby: jméno

KREDITNÍ KARTY: Nemáme možnost zpracovat platbu kreditní kartou

STORNOVACÍ PODMÍNKY

Zrušení registrace

Do 31. 7. 2014 bez stornovacího poplatku, manipulační poplatek 100 Kč
 Do 16. 9. 2014 50% ceny registračního poplatku
 Po 16. 9. 2014 100% ceny registračního poplatku

REZERVACE UBYTOVÁNÍ

Ubytování si vyjednává každý účastník sám. Ubytovací možnosti najdete na informačním serveru konference (<http://konference.psychosomatika.cz/>)



VLADIMÍR DVOŘÁČEK: SEMINÁŘ PÉČE O DUŠI

Botanická 50, 602 00 Brno, tel. 541 218 409

NABÍDKA SEMINÁŘŮ 2014

TĚLO A SEN. ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH

Semináře jsou zaměřeny na duševní a tělesnou plasticitu. Vycházejí z předpokladu, že ve snech a snových postavách je obsažena, resp. naznačena nejenom příští podoba těla, ale také spontánně upřednostňované styly jednání a prožívání. Otázka: „Lze do procesu tělesnění jemně vstupovat a ovlivňovat tak budoucí podobu těla i duše? Domnívám se, že ano. Postup práce se snem nazýván tělesněním, které vychází z pojmu Stanleyho Kelemana ztělesněná zkušenost. Keleman považuje sny za přímé vyjádření naší hluboké somatické reality, říká: „Tělově pracovat se snem znamená prožít, procítit (aktivně imaginovat) snové postavy jako touhy nebo emoce, které hledají způsob, jakým by se mohly začlenit do bdělé reality.“ Sny zobrazují to, jak tělo používáme a zacházíme s ním, jak ho obýváme v průběhu života. Tělesnění je věnováno sedm seminářů.



SEN A TĚLO

DVA NAVAZUJÍCÍ SEMINÁŘE

Snové obrazy, snový proces vytváří příběh, který propojuje naše aktuální tělo s tělem, jakým se stáváme. Sny jsou reálnou součástí života těla a zobrazují to, co nastává, ale dosud se plně neuskutečnilo. Jak tělo roste a utváří svoji somatickou identitu, hovoří o sobě v mnoha jazycích. Jedním z nich je sen. Tělo jako proces je vždy imaginující a snící o svém budoucím tvaru a o tom, jak se do něj vtělit. Sny zobrazují, jak tělo používáme a zacházíme s ním, jak ho obýváme v průběhu života.

Termín: 21. – 23. 3. 2014
Termín: 24. – 26. 10. 2014

Kód: 141
Kód: 142

¹ Platí pro prvního přednášejícího



ROZHOVOR

Způsob, jakým vedeme rozhovor, jak klademe otázky či jak odpovídáme, rozhoduje o výsledku jednání. Nabízené setkání vás seznámí s tzv. „sokratovskou rozmluvou“, která rozpouští to, „co je spojeno nebo sevřeno příliš pevně“, a zkapalňuje „naše otázky, závěry a úmysly.“ Vedení rozhovoru se týká toho, jak používáme svou mysl, tělo a smysly. Jak myslíme a využíváme metafory, čím komunikaci zušlechťujeme, jak zacházíme s otázkami a nakolik jsme při rozhovoru nepředpojatí. Cílem semináře je inspirace k nalezení vlastní, osobní skutečnosti, toho, co pokládáme za pravdivé a správné.

Termín: 23. – 25. 5. 2014

Kód: 143

ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH – TĚLESNĚNÍ V ČASE

PŘÍBĚHY RODIN, VZTAHŮ, NEMOCÍ A KARIÉR – PRUŽNOST ZMĚNY

Rekonstrukce životního příběhu souvisí s osobitostí životní cesty. Týká se prolínání individuálního osudu s rodovými a rodinnými charakteristikami, s jeho spjatostí se světem a dobou, ve které jste žil/a a žijete. Vychází se z: osobní biografie; dlouhodobého sledování snů; událostí, které měly pro člověka zásadní význam. Sny se zkoumají v kontextu kritických, resp. životně významných událostí z hlediska tělesnění. Pátrá se i po zřetězení vnitřních a vnějších změn s událostmi rodinnými, osudovými, společenskými a světovými. Rodinné konstelace se zaměřují na rodokmen. Systémové konstelace se mohou týkat libovolných problémů nebo potíží pracovních, zdravotních či duchovních. Semináře jsou velmi intenzivní, vhodné je opakování.

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

Termín: 30. 4. – 4. 5. 2014

Kód: 144

Termín: 24. 9. – 28. 9. 2014

Kód: 145

NA VLNĚ DECHU A RYTMU

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

Přínosnější pro osoby starší 25 let. Místo konání: Jevíčko, Penzion Eden.

Termín: 23. 6. – 29. 6. 2014

Kód: 146



ŽIVOTNÍ OSUDY

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

Termín: 5. 12. – 7. 12. 2014

Kód: 147

Pokyny k závazné přihlášce

Programy Cesty duše jsou určeny pro odborníky i obecnou veřejnost. Všechny nabízené akce byly uvedeny krátkou charakteristikou a doplněny datem konání. Další informace obdrží pouze ti, kteří se na kurzy přihlásí.

Respektujte, prosím, termín přihlášek. Víkendové kurzy probíhají v Brně. Delší kurzy se konají v Jevíčku. Ubytování zajišťuji vždy, stravu pouze v Jevíčku. Cena víkendových seminářů je 1 200 Kč a za kurzy v Jevíčku činí 1 600 Kč. (Zájemci, kteří se účastnili alespoň tří kurzů v roce 2013, budou mít u všech akcí v roce 2014 slevu 25 %.) Ubytování a strava jsou účtovány samostatně. Nemáte-li zájem o uvedené kurzy, nabídněte prosím informace jiným lidem.

PhDr. Vladimír Dvořáček

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

Poznámka:

Kurzy probíhající v Brně: Obvyklým místem je Střední škola informatiky, Čichnova 23, 602 00 Brno

Zde je zajištěno i ubytování.

Časování kurzu: 1. den 14.00 – 18.30, 2. den 9.00 – 12.00 a 14.00 – 18.30, 3. den 9.00 – 12.00

Kurzy v Jevíčku Edenu: 1. den v 19.00, začíná se večerí. Závěrečný den: ukončení ve 12.00.

Konání, stravování a ubytování je v Penzionu Eden. Jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje.



NABÍDKY

Dětská psychiatrická nemocnice Louny (dvě oddělení, 50 lůžek) hledá lékaře s atestací z dětské a dorostové psychiatrie na pozici primář nemocnice (obdoba LPP náměstka). Děkuji a zůstávám s pozdravem.

Ing. Bárta Čestmír

ředitel DPN Louny

mobil: 776 155 303

e-mail: cestmir.barta@dpnlouny.cz



VYCHÁZÍ

PSYCHIATRICKÉ MINIMUM

autor: Helena Kučerová

ediční řada: Psyché

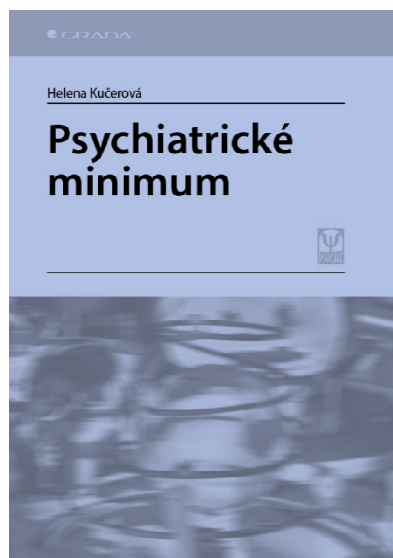
formát: A5

vazba: V2

rozsah: 168 stran

prodejní cena včetně DPH: 299 Kč

ISBN: 978-80-247-4733-0



anotace:

Kniha přibližuje čtenářům obor psychiatrie. Na našem knižním trhu je ojedinělá tím, že se zaměřuje na široký okruh veřejnosti – nejen na lékaře (především z nepsychiatrických oborů), sestry, psychology, pedagogy, sociální pracovníky, studenty, ale i na další zájemce o lidskou psychiku. Vítanou pomůckou může být zejména těm, kteří se v okruhu svých blízkých setkávají s psychicky nemocným člověkem. Autorka zde uplatnila své více než třicetileté zkušenosti z praxe; jasnými a srozumitelnými slovy vysvětluje i nemedicínsky vzdělanému čtenáři základní psychiatrické pojmy a diagnózy a dokládá je konkrétními příběhy pacientů. Publikace bude přínosem pro všechny, kterým není lhostejný osud psychicky nemocných, i pro ty, kdo se snaží uchovat si své duševní zdraví a pohodu v náročných životních situacích.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz



KYBERŠIKANA

podtitul: Průvodce novým fenoménem

autoři: Alena Černá (ed.), Lenka Dědková,
Hana Macháčková, Anna Ševčíková, David
Šmahel

ediční řada: Psyché

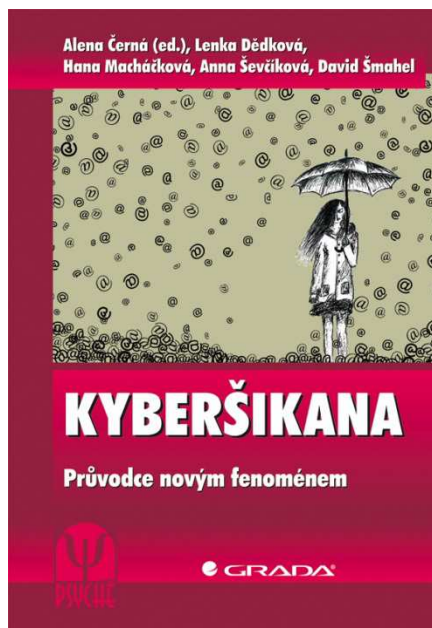
formát: A5

vazba: V2

rozsah: 152 stran

prodejní cena včetně DPH: 239 Kč

ISBN: 978-80-247-4577-0



anotace:

Kniha představuje relativně nový společenský jev, jemuž se v současnosti dostává velké pozornosti ve školství, v médiích i v akademickém světě. Čtenář se seznámí s jevy, které s kyberšikanou souvisejí (agrese a agresivní chování), s rozdíly oproti tradiční (školní) šikaně a s tím, jak je tato nová forma šikany formována specifickým charakterem online prostředí. Prostor je věnován i kyberšikaně v českém a světovém kontextu a jejímu mediálnímu obrazu. Podrobně jsou představeny charakteristiky jejich aktérů – obětí, agresorů i přihlížejících. Pozornost je upřena též na možné dopady kyberšikany a na způsoby, jakými se s ní její oběti vyrovnávají. Závěrečná část knihy je zaměřena na možnosti prevence a zvládnání tohoto jevu na individuální, rodinné a institucionální rovině.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz



VAN GOGHOVO UCHO

podtitul: Paul Gauguin a pakt mlčení

autoři: Hans Kaufmann, Rita Wildegans

formát: B5

vazba: V8

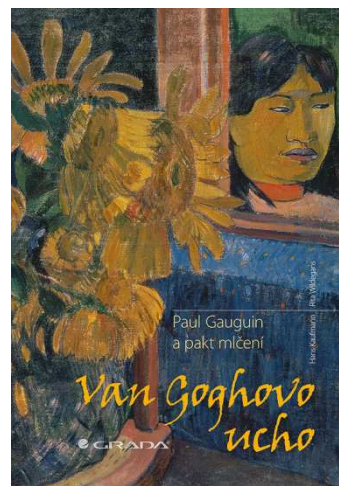
rozsah: 240 stran

prodejní cena včetně DPH: 469 Kč

ISBN: 978-80-247-4395-0

anotace:

Vztah mezi dvěma slavnými malíři, Gauguinem a van Goghem, byl více než bouřlivý a jeho konec je zahalen rouškou tajemství. Co se vlastně stalo té osudné noci, kdy Vincent van Gogh přišel o ucho? Autoři se rozhodli zkoumat korespondenci, chorobopisy, tehdejší denní tisk a dospěli k překvapivému závěru. Toto poutavé a téměř detektivní čtení na velmi seriózním základě jistě zaujme široké spektrum čtenářů z řad odborníků (psychology, psychiatry, studenty dějin umění apod.), ale také širokou veřejnost.



Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: 234 264 401-2

fax: 234 264 400

www.grada.cz



KUKÁTKO DO ZAHRANIČNÍHO TISKU

SCIENTIFIC DOMAIN OF THIS JOURNAL

KEYWORDS: 'PSYCHOSOMATICS, SOMATIZATION, FAMILY THERAPY'

Note: blue texts are hyperlinks to webpages outside this document, and dashed italic texts are links within this document.

Advertisement

- Primary care physicians treat somatization.**
Smith RC, Gardiner JC, Luo Z, Schooley S, Lamerato L, Rost K.
J Gen Intern Med; 2009 Jul;24(7):829-32.
- Somatization increases disability independent of comorbidity.**
Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ.
J Gen Intern Med; 2009 Feb;24(2):155-61.
- Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI 4,6) primary care: a randomized, controlled study.**
Magallón R, Gili M, Moreno S, Bauzá N, García-Campayo J, Roca M, Ruiz Y, Andrés E.
BMC Psychiatry; 2008;8:47.
- 'Therapeutic or Preventive Procedures' associated with 'Disease Psychosomatics'.**
Cooper IF, Siadaty MS.
BioMedLib Review; TherapeuticOrPreventive;DiseasePsychosomatics:705046142. 2013/6/2.
- 'Diagnostic Procedures' associated with 'Disease Psychosomatics'.**
Cooper IF, Siadaty MS.
BioMedLib Review; DiagnosticProcedure;DiseasePsychosomatics:705044228. 2013/6/1.
- Diagnostic accuracy of predicting somatization from patients' ICD-9 diagnoses.**
Smith RC, Gardiner JC, Luo Z, Rost K.
Psychosom Med; 2009 Apr;71(3):366-71.
- Somatization and psychological distress among women with vulvar vestibulitis syndrome.**
Zolnoun D, Park EM, Moore CG, Liebert CA, Tu FF, As-Sanie S.
Int J Gynaecol Obstet; 2008 Oct;103(1):38-43.
- Psychosomatics and technique.**
Sklar J.
Am J Psychoanal; 2007 Sep;67(3):275-82.
- Contribution of Hungarian psychoanalysts to psychoanalytic psychosomatics.**
Mészáros J.
Am J Psychoanal; 2009 Sep;69(3):207-20.
- Psychoanalytic psychosomatics.**
Smadja C.
Int J Psychoanal; 2011 Feb;92(1):221-30.
- The critical role of psychosomatics in promoting a new perspective upon health and disease.**
Dragoş D, Tănăsescu MD.
J Med Life; 2009 Oct-Dec;2(4):343-9.
- 'Pharmacologic Substances or Antibiotics or Clinical Drugs' associated with 'Disease Psychosomatics'.**
Cooper IF, Siadaty MS.
BioMedLib Review; PharmacologicSubstanceAntibiotic;DiseasePsychosomatics:705045454. 2013/6/2.



- 'Therapeutic or Preventive Procedures' associated with 'Somatization'.**
Cooper IF, Siadaty MS.
BioMedLib Review; TherapeuticOrPreventive;Somatization:705046195. 2013/6/2.
- 'Diagnostic Procedures' associated with 'Somatization'.**
Cooper IF, Siadaty MS.
BioMedLib Review; DiagnosticProcedure;Somatization:705044261. 2013/6/1.
- 'Pharmacologic Substances or Antibiotics or Clinical Drugs' associated with 'Somatization'.**
Cooper IF, Siadaty MS.
BioMedLib Review; PharmacologicSubstanceAntibiotic;Somatization:705045507. 2013/6/2.
- Psychosomatics: a current overview.**
Fischbein JE.
Int J Psychoanal; 2011 Feb;92(1):197-219.
- Reflections on relevance: the fields of psychosomatics and psychotherapy in 2006.**
Balon R.
Psychother Psychosom; 2007;76(4):203-12.
- [Somatization and FSS].**
Tsukui K, Ebana S.
Nihon Rinsho; 2009 Sep;67(9):1677-82.
- [DRGs and daily rates of pay in psychosomatics: 2002-2005].**
Lohmann R, Rose M, Danzer G, Herzog W, Riegel T, Klapp BF.
Z Psychosom Med Psychother; 2007;53(1):29-41.
- Contemporary perspectives on psychosomatics in Germany: A commentary on Karen Gubb's paper, psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice".**
Frommer J.
Psychoanal Rev; 2013 Feb;100(1):155-65.
- Somatization severity associated with postero-medial complex structures.**
Lemche E, Giampietro VP, Brammer MJ, Surguladze SA, Williams SC, Phillips ML.
Sci Rep; 2013;3:1032.
- Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population.**
Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E.
BMC Psychiatry; 2013;13:91.
- Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients.**
Bener A, Verjee M, Dafeeah EE, Falah O, Al-Juhaishi T, Schlogl J, Sedeeq A, Khan S.
J Pain Res; 2013;6:95-101.
- Psychosomatic syndromes and anorexia nervosa.**
Abbate-Daga G, Delsedime N, Nicotra B, Giovannone C, Marzola E, Amianto F, Fassino S.
BMC Psychiatry; 2013;13:14.
- Overall mental distress and health-related quality of life after solid-organ transplantation: results from a retrospective follow-up study.**
Baranyi A, Krauseneck T, Rothenhäusler HB.
Health Qual Life Outcomes; 2013;11:15.
- Psychomotor retardation and externally oriented thinking in major depression.**
Luca M, Luca A, Calandra C.
Neuropsychiatr Dis Treat; 2013;9:759-66.
- Staging of mental disorders: systematic review.**
Cosci F, Fava GA.
Psychother Psychosom; 2013;82(1):20-34.
- Bioethical dimensions of cultural psychosomatics: the need for an ethical research approach.**
Lolas F.
Adv Psychosom Med; 2013;33:115-22.
- The state of the service: a survey of psychiatry resident education in psychosomatic medicine.**
Heinrich TW, Schwartz AC, Zimbrian PC, Wright MT, Academy of Psychosomatic Medicine's Residency Education Subcommittee.
Psychosomatics; 2013 Nov-Dec;54(6):560-6.
- Freedom and mystery: an intellectual history of Jaspers' general psychopathology.**
Bormuth M.



Psychopathology; 2013;46(5):281-8.

Complement in action: an analysis of patent trends from 1976 through 2011.

Yang K, DeAngelis RA, Reed JE, Ricklin D, Lambris JD.
Adv Exp Med Biol; 2013;734a:301-13.

[The future of psychotherapy in psychosomatic medicine].

Beutel ME, Kruse J, Michal M, Herzog W.
Z Psychosom Med Psychother; 2013;59(1):33-50.

Nutrient-based therapies for bipolar disorder: a systematic review.

Sylvia LG, Peters AT, Deckersbach T, Nierenberg AA.
Psychother Psychosom; 2013;82(1):10-9.

The association between physical morbidity and subtypes of severe depression.

Ostergaard SD, Petrides G, Dinesen PT, Skadhede S, Bech P, Munk-Jørgensen P, Nielsen J.
Psychother Psychosom; 2013;82(1):45-52.

Mood and the menstrual cycle.

Romans SE, Kreindler D, Asllani E, Einstein G, Laredo S, Levitt A, Morgan K, Petrovic M, Toner B, Stewart DE.
Psychother Psychosom; 2013;82(1):53-60.

Bypass surgery with psychological and spiritual support (the BY.PASS Study): results of a pragmatic trial based on patients' preference.

Rosendahl J, Tigges-Limmer K, Gummert J, Dziewas R, Albes JM, Strauss B.
Psychother Psychosom; 2013;82(1):35-44.



REJSTRÍK ROČNÍKU 2013

Chvála V.	Chvála V.: Máme vědět víc, nebo spíš méně?	editorial	5-7	2013;11 (1)
Sušická L.	Nadechnout se	kazuistika	7-19	2013;11 (1)
Závěrková M.	Systemická práce s tělem	praxe	20-24	2013;11 (1)
Bartůšková L.	Spirituální dimenze nemoci	teorie	25-45	2013;11 (1)
Poněšický J.	Léčebný potenciál vztahu v psychoterapii	eseje	46-49	2013;11 (1)
Skorunka D.	Mysl, mozek, vztahy... a psychoterapie	recenze	50-48	2013;11 (1)
Chvála V.	Proč právní purismus zvyšuje nejistotu ve vztahu lékař – pacient?	editorial	78-79	2013;11 (2)
Janiš, M.	Kompliance (část VI.) – Postupy, které ji zvyšují	teorie	80-90	2013;11 (2)
Hátlová B., Adámková S., Bašný Z.	Psychomotorická terapie – využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů	historie	91-102	2013;11 (2)
Slabý M.	Existencialismus a postmoderní přístup – podobnosti a rozdíly	teorie	103-110	2013;11 (2)
Šimek J.	Ad Existencialismus a postmoderní přístup – podobnosti a rozdíly	teorie	111-113	2013;11 (2)
Trapková L.	Zpráva o Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci	výuka	114-128	2013;11 (2)
Chvála V.	Pochybnosti o psychosomatické	eseje	129-132	2013;11 (2)
Vondřích V., Chvála V.	Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatická medicína	diskuse	132-160	2013;11 (2)
Chvála V.	A zatímco jsme pracovali, svět se změnil...	editorial	162-164	2013;11 (3)
Pöselová B.	Zase to jídlo	kazuistika	165-168	2013;11 (3)
Janiš M.	Kompliance (Část VII.) – Etické otázky v tématu compliance	teorie	169-175	2013;11 (3)
Komárková S.	Citová vazba v partnerském vztahu a v manželství	výzkum	176-189	2013;11 (3)
Šavík J.	Osobní zkušenost s vývojem psychosomatiky v Česku	historie	190-195	2013;11 (3)
Kodyšová E., Mrowetz M.	Co se děje v českém porodnictví – mezi dítětem, matkou a porodnicí?	z konferencí	196-201	2013;11 (3)
Hašto J., Hrubý R., Liptáková S.	Prenatální dieta: správa z konferencí	z konferencí	202-205	2013;11 (3)
Kabát J.	Čejenská konference aneb Setkání myslí v Patočkově	z konferencí	206	2013;11 (3)
Pilchová R.	Selektivní chvála a kritika Selektivní kritiky Současné psychoterapie	diskuse	207-211	2013;11 (3)
Čepický P.	Co je to psychosomatická medicína?	diskuse	212-214	2013;11 (3)
Fedor-Freybergh, P. G., Hrubý R.	Psychosomatická medicína jako súčasť modernej medicíny	diskuse	215-217	2013;11 (3)
Masner O.	Úvahy nad zamýšlenou společností pro psychosomatickou medicínu	diskuse	217-225	2013;11 (3)
Chvála V.	Bude psychosomatická zápasit o svou identitu?	editorial	232-233	2013;11 (4)
Křížová E.	Co je nekonvenční (komplementární a alternativní) medicína a čím se vyznačuje?	pro praxi	234-243	2013;11 (4)
Peterková, H., Skřivanová, K., Brančík	Typ C – osobnost či copingová strategie?	teorie	244-256	2013;11 (4)
Kodyšová E.	Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy proroďiček	výzkum	257-270	2013;11 (4)
Honzák R.	České vydání knihy Kevinu Duttona Moudrost psychopátů	recenze	271-276	2013;11 (4)
Honzák R.	Ad Křížová E., Alternativní medicína v České republice	recenze	277-278	2013;11 (4)
Chvála V.	Bouřlivá diskuse nad psychosomatickou v LD 18. 10. 2013	z konferencí	279-280	2013;11 (4)
Chvála V.	Co bylo pod povrchem v Ostravě? (10.–13.10. 2013) aneb chvála Ostravě	z konferencí	281-283	2013;11 (4)
Křížová E.	Konference Spiritualita ve vzdělávání- Olomouc 21. - 22. 10. 2013	z konferencí	283-285	2013;11 (4)

REJSTRÍK DLE AUTORŮ:

autor	název	složka	strana	číslo
Bartůšková L.	Spirituální dimenze nemoci	teorie	25-45	2013;11 (1)
Čepický P.	Co je to psychosomatická medicína?	diskuse	212-214	2013;11 (3)
Fedor-Freybergh, P. G., Hrubý R.	Psychosomatická medicína jako súčasť modernej medicíny	diskuse	215-217	2013;11 (3)
Hašto J., Hrubý R., Liptáková S.	Prenatální dieta: správa z konferencí	z konferencí	202-205	2013;11 (3)
Hátlová B., Adámková S., Bašný Z.	Psychomotorická terapie – využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů	historie	91-102	2013;11 (2)
Honzák R.	České vydání knihy Kevinu Duttona Moudrost psychopátů	recenze	271-276	2013;11 (4)
Honzák R.	Ad Křížová E., Alternativní medicína v České republice	recenze	277-278	2013;11 (4)
Chvála V.	Chvála V.: Máme vědět víc, nebo spíš méně?	editorial	5-7	2013;11 (1)
Chvála V.	Proč právní purismus zvyšuje nejistotu ve vztahu lékař – pacient?	editorial	78-79	2013;11 (2)
Chvála V.	Bouřlivá diskuse nad psychosomatickou v LD 18. 10. 2013	z konferencí	279-280	2013;11 (4)
Chvála V.	Co bylo pod povrchem v Ostravě? (10.–13.10. 2013) aneb chvála Ostravě	z konferencí	281-283	2013;11 (4)
Chvála V.	Pochybnosti o psychosomatické	eseje	129-132	2013;11 (2)
Chvála V.	A zatímco jsme pracovali, svět se změnil...	editorial	162-164	2013;11 (3)
Chvála V.	Bude psychosomatická zápasit o svou identitu?	editorial	232-233	2013;11 (4)
Janiš M.	Kompliance (Část VII.) – Etické otázky v tématu compliance	teorie	169-175	2013;11 (3)
Janiš, M.	Kompliance (část VI.) – Postupy, které ji zvyšují	teorie	80-90	2013;11 (2)
Kabát J.	Čejenská konference aneb Setkání myslí v Patočkově	z konferencí	206	2013;11 (3)
Kodyšová E.	Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy proroďiček	výzkum	257-270	2013;11 (4)
Kodyšová E., Mrowetz M.	Co se děje v českém porodnictví – mezi dítětem, matkou a porodnicí?	z konferencí	196-201	2013;11 (3)
Komárková S.	Citová vazba v partnerském vztahu a v manželství	výzkum	176-189	2013;11 (3)
Křížová E.	Co je nekonvenční (komplementární a alternativní) medicína a čím se vyznačuje?	pro praxi	234-243	2013;11 (4)
Křížová E.	Konference Spiritualita ve vzdělávání- Olomouc 21. - 22. 10. 2013	z konferencí	283-285	2013;11 (4)
Masner O.	Úvahy nad zamýšlenou společností pro psychosomatickou medicínu	diskuse	217-225	2013;11 (3)
Peterková, H., Skřivanová, K., Brančík	Typ C – osobnost či copingová strategie?	teorie	244-256	2013;11 (4)
Pilchová R.	Selektivní chvála a kritika Selektivní kritiky Současné psychoterapie	diskuse	207-211	2013;11 (3)
Poněšický J.	Léčebný potenciál vztahu v psychoterapii	eseje	46-49	2013;11 (1)
Pöselová B.	Zase to jídlo	kazuistika	165-168	2013;11 (3)
Skorunka D.	Mysl, mozek, vztahy... a psychoterapie	recenze	50-48	2013;11 (1)
Slabý M.	Existencialismus a postmoderní přístup – podobnosti a rozdíly	teorie	103-110	2013;11 (2)
Sušická L.	Nadechnout se	kazuistika	7-19	2013;11 (1)
Šavík J.	Osobní zkušenost s vývojem psychosomatiky v Česku	historie	190-195	2013;11 (3)
Šimek J.	Ad Existencialismus a postmoderní přístup – podobnosti a rozdíly	teorie	111-113	2013;11 (2)
Trapková L.	Zpráva o Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci	výuka	114-128	2013;11 (2)
Vondřích V., Chvála V.	Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatická medicína	diskuse	132-160	2013;11 (2)
Závěrková M.	Systemická práce s tělem	praxe	20-24	2013;11 (1)



POKYNY PRO AUTORY



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 nedodržených 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 rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratkou et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

