

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Fürst
Mgr. Jan Knop
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 3/2014 dne 30. 9. 2014, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 9. 2014.
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih
a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed.
ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:
<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/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 těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, Katedra psychiatrie IPVZ
 MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
 MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
 MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
 Mgr. Hana Svobodová, Ústav 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 filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
 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
 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



EDITORIAL.....	173
<i>Vybíral Z.: Vyzdorované přežití.....</i>	173
PRO PRAXI	176
<i>Chvála V.: Čtvrt století s psychosomatickými pacienty v SKT Liberec: pohled do zpětného zrcátka</i>	176
<i>Friedrichová J.: Moje osobní zkušenost ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci</i>	197
<i>Fürst A.: 25 let SKT v Liberci – příležitost k osobnímu zamyšlení.....</i>	199
<i>Trapková L.: Jak jsem se přidala a jak vidím SKT dnes</i>	201
<i>Petišková M.: Zdravice k 25. výročí založení SKT.....</i>	204
<i>Honzák R.: Co stojí za čtvrtstoletým úspěchem a co tedy stojí za následování.....</i>	206
<i>Šímek J.: Fenomén SKT Liberec.....</i>	210
VÝZKUM.....	214
<i>Petrůjová T., Procházka R.: Komplexní přístup lékařů k pacientům</i>	214
15.CELOSTÁTNÍ PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE V Liberci	223
PROGRAM KONFERENCE.....	225
SOUHRNY PŘEDNÁŠEK.....	226
<i>Balcar K.: Rodinná psychosomatika (P).....</i>	226
<i>Čížková K.: Taneční pohybová terapie v psychosomatice (WS).....</i>	226
<i>Dvořáček V.: Kelemanovo snové tělesnění (WS)</i>	227
<i>Fürst A.: Psychosomatici – disidenti medicíny? (P).....</i>	228
<i>Honzák R.: Ukotvení psychosomatiky v praxi (P).....</i>	228
<i>Chvála V., Trapková L.: Bio-Psycho-Sociální: Co to znamená? (P).....</i>	229
<i>Machander R. A.: Bdělé vědomí a základní zdraví v psychoterapii (P).....</i>	230
<i>Kabát J. a kol: Specifika (terapie) psychosomatických pacientů (P)</i>	230
<i>Kabát J.: Konflikt identit psychosomatického lékaře (P).....</i>	231
<i>Macháček J., Erlebachová K.: Experimentální sebezkušenostní dílna na téma Dotek (workshop).....</i>	231
<i>Kryl M.: Strastiplná cesta k legalizaci psychosomatické péče v lůžkovém psychiatrickém zařízení (P) ...</i>	232
<i>Křížová E.: K alternativám medicíny.....</i>	234
<i>Kubát A.: Jógová terapie v psychosomatice (téma k diskusi, Poster).....</i>	235
<i>Loew T. H.: Wieviel Psychosomatik braucht Europa? (Kolik Psychosomatiky potřebuje Evropa?) (P)</i>	236
<i>Poněšický J.: Tělo, mozek a psyché - nový pohled na psychosomatiku? (P)</i>	237
<i>Plchová R., Čevelíček M.: Model Bio-Psycho-Sociálně-Spirituálního vývoje (poster).....</i>	237
<i>Skorunka D.: Různé dimenze psychosomatické medicíny (P)</i>	238
<i>Strobachová I.: Nový volitelný obor na 2. lékařské fakultě Ročník 2013/14</i>	238



<i>Šimek J.: Identita psychosomatické medicíny.....</i>	239
<i>Vácha M.: Psychosomatická medicína: pokus o syntézu.....</i>	240
<i>Víchová V.: Autogenní trénink a strom života (poster).....</i>	240
<i>Weis P.: Integrovaná psychosomatika: rakouský model (P).....</i>	241
<i>Zimmel, F. (psycholog), Slovák, J. (rehabilitační lékař), Krulík, J. (fyzioterapeut): Interdisciplinární spolupráce při komplexních psychosomatických vyšetřeních v CKP Roseta (P).....</i>	242
DISKUSE	243
<i>Řízená diskuse na 1. valné hromadě společnosti psychosomatické medicíny při ČLS JEP dne 22. 4. 2014 v Praze.....</i>	243
POLITIKA, KONCEPCE	250
<i>ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ, o.s.</i>	250
<i>Schůze výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP 17.9. 2014.....</i>	251
<i>Dopis členům PSM ČLS JEP – výzva k spolupráci v pracovní skupině pro styk se zahraničím</i>	253
<i>Výzva předsednictva ČLS redaktorům odborných časopisů.....</i>	254
AKCE, NABÍDKY	255
<i>Semináře v hnízdě</i>	255
<i>Výcvik a kurzy v ericksonovské hypnoterapii:.....</i>	256
VYCHÁZÍ.....	258
<i>Somatopatologie</i>	258
<i>Pokyny pro autory</i>	259



EDITORIAL

VYBÍRAL Z.: VYVZDOROVANÉ PŘEŽITÍ



Asi nikdo v tuzemské komunitě psycho-terapeutů nezpochybní fakt, že v Liberci se od devadesátých let minulého století v tyglících odborníků míchala a tavila psychoterapie jinak. S bošovským zřetelem k rodinnému podhoubí nemocí, s pečlivým, jakkoliv někdy jen intuitivním zřetelem k jejich vztahovému seizmickému podloží – zde velmi rychle do popředí vystoupila optika psychosomatická. Přisypávalo se také z psychoanalýzy a z narativní terapie (jen zdánlivě jsou tato semena cizorodá), z daseinsanalýzy nebo gestaltu. Podstatnou ingrediencí byla homeopatie se svou sugerující rétorikou a silnou potencií placebálních úzdrav. A tak se rodinně somatická terapie s analytickým náústkem, s narativním nádechem a homeopatickým čelem vydaly hledat odpovědi na otázky, jež nebylo a většinou není snadné nalézat. Jak/to/že si tělo koleduje o štafetový kolík potíží od duše? Jak/to/že duše nechápe, co mu to tělo vyvádí? Jak/to/že mámy nerozumějí nemocem svých dětí? Co že se tělo zabarvuje jak lakmusový papírek na měření – nikoliv pH moči, ale rodinné moci? Ve Středisku komplexní terapie v Liberci vznikla dílna, kde se experi-

mentovalo. A zároveň léčilo. A zároveň měli výsledky. A stali se fenoménem, „který nemá obdoby“, jak píše ve svém příspěvku J. Šimek. Obdoby tu byly, v době vzniku SKT vznikl v Praze RIAPS; paralelně, za živoucí přítomnosti primáře J. Špitze se o obdobné pacienty staralo – sociálně konstrukcionisticky – Centrum rodinné terapie ve FN v Praze-Motole. Nebyli v Liberci jediní experimentátoři. Ale dotáhli to (asi) nejdál.

Nemoc vyplývá ze zapeklité sítě vazeb, poznamenal si V. Chvála v roce 1989. Zapeklité... Slyšíte to peklo? Jak ukrást rohatým těla, jak jim vyrvat duše? Zapeklité vztahy a vazby a rodinné pro/pasti a mocné způsoby (často patogenní) držely těla a duše za pačesy a přitápěly pod kotli. Podobně, aspoň to tak zpovzdálí vypadá, zatápělo Středisku komplexní terapie peklo pojišťovensko-mocenské. A taky stavovské. Vůbec nebylo jisté, že v Liberci přežijí. Určitě se vám nebude pracovat a přežívat ve zdraví v mocenském systému, když dojdete poznání, že např. pouze formální dokumentace ve zdravotnictví může být pro pacienta a rodinu dokonce škodlivá. Možná ale využili části sil nepřátel k tomu, že je samotné posílily a dodávaly jim energii. Fascinující je v tomto směru úryvek z dopisu pojišťovně z listopadu 1994 (viz text V. Chvály).

Záhy založili v Liberci práci s psychosomaticky nemocnými na teorii či lépe teoriích. Některá tvrzení, jichž se drželi a drží, jsou provokativní, např. to, které zmiňuje L. Trapková jako objev: „Každý může být jen tak dobrým rodičem, jak dobrým rodičem je ten druhý.“ S tímto



krédem (konstruktem?) jsem nikdy nesouhlasil, psal jsem si o tom s nimi i osobně. Nesouhlasím jednoduše proto, že ubírá tomu rodiči, který se snaží, oporu pro optimismus tam, kde druhý rodič dílo kazí nebo komplikuje. Bylo ale vždy hezké, že vůdčí teoretická dvojice V. Chvála a L. Trapková (autoři dvou úspěšných a vlivných knih a řady mimořádně užitečných statí a kazuistik) byla o svých konceptech a teoretických konstruktech ochotna diskutovat. Polemizovali jsme spolu. A to je dobré. Je dobré, že vám někdo ve vašem oboru stojí za polemiku. Že v oboru není mrtvo, souhlasno či dogmaticky pošmurno.

Myslím, že každý teoretik nebo ambiciózní teoretizující praktik (a zmínění dva jimi vždy byli) si má odpovědět na otázku (rovná se pochybnost), jestli si k „obrazu svému“ nepřizpůsobuje realitu. Jestli v ní nevyhledává doklady a úkazy, kterými si potvrzuje to, co si myslí již předem, již a priori. Výraz „přizpůsobovat realitu“ zní moc lineárně jednosměrně; poopravím raději: Jestli teoretizujícímu praktikovi jeho modely slouží dobře? Jestli mu nezužují zorné pole jevů, které kolem sebe vnímá, kterým rozumí skrze model; jestli mu nezužují porozumění. Jestli mu model nepřekáží vidět i to, co se mu vymyká.

Vůbec bych o tom nepsal, kdyby v tomto čísle nebyl zmíněn výrazný a uhrančivý model sociální dělohy (viz text J. Šimka) a kdybych nevěděl, že poddávat se něčemu apriornímu vždycky bylo a je tak rozšířené. V metodologii vědy je to pojme-nováno jako předpojatost, vůči níž nikdo z nás není imunní. Chci ovšem ke konceptu sociální dělohy zároveň říct, že ho považuji za jeden z nejtvůrčivějších i nejinspirativnějších v české psychoterapii.

Myslím, že je úkolem nás všech, kdo se s podobnými modely pohybujeme mezi

lidmi, registrujeme jejich problémy a nabízíme jim jistá vodítka (ať pro porozumění nebo pro změnu), abychom stále zůstávali otevření jim samotným. Jejich vysvětlením. Jejich expertní pozici znalců své nemoci. Moc bych přál V. Chválovi, L. Trapkové a všem jejich spolupracovníkům (teoretizují-li též), aby neztráceli od modelů odstup. A věřím, že neztrácejí. – Pak ať je s důvěrou používají. Jsou to modely dobré!

Ostatně, čeho se bojím? Neslyším trávu růst? Vždyť oni vědí, že naše konstrukty nejsou živé, zatímco nemoci pacientů jsou. Jsem moc rád, že V. Chvála v zásadním textu tohoto čísla připomíná slova Zdeňka Neubauera: „Svět, žádný skutečný svět není konstruktem: konstrukty jsou ex definitione umělé (mají svůj původ mimo sebe) a mohou být budovány uvnitř určitého světa.“ Ano, v Liberci nejprve vybudovali určitý svět. Mimo jiné svět důvěry.

Toto číslo Psychosomu je oslavné a vzpomínkové. SKT se vyvíjelo a pořád vyvíjí. V. Chvála v úvodním textu popisuje vývoj od obdivu k trikům Milтона Ericksona k zájmu o způsob stonání. Způsob stonání může být důležitější než nemoc sama. Další autoři v čísle přidávají další „mantry“. Líbí se mi ta zdánlivě triviální: to, co pacient prožívá, je fakt (Friedrichová). Zní to všechno samozřejmě, ale lékaři se v SKT museli vzdát „univerzitních jistot“ (Friedrichová). Obranou proti ustrnutí byla věčně provázející otázka: Co nás rodiny naučily? – A nakonec došli až k „paradoxu expertství“: Je mimořádně obtížné, aby expert, ten, který toho hodně ví o určité speciální oblasti, vstoupil do skutečného dialogu s člověkem, který toho ví o oboru málo. Neplatí to ale ve vztahu učený – nepoučený (lékař – pacient) i vice versa? Není pro pacienta pořádně obtížné, aby byl pro nás



srozumitelný? I když je takovým expertem na svou nemoc?

Kdykoliv navštívíme lékaře a jsme za chvíli „vyřízeni“, kdykoliv podstatnou část vyšetření strávíme na židli a čekáme na to, až doktor naťuká do klávesnice, co zjistil, co nám je a jak nás bude léčit, kdykoliv čekáme a říkáme si, jak chytrý je, protože nás k tomu (je to léčení?) vůbec nepotřebuje, na nic se nás neptá – uvědomíme si, jak širé moře jinakosti rozlili v Liberci a jak hostilní krajinou

museli proplout V. Chvála s posádkou. Byla to Odyssea.

Oslavme je, připijme, ale neadorujme. Nemohla by jim totiž adorace uškodit? Myslím, že kdybychom se rozhodli svatořečit modely z Liberce a jejich konstruktéry, nadělali bychom více škody na poznávání psychosomatických souvislostí. Zůstane-li jejich systém práce otevřený, kromě jiného otevřený i pochybování a kritice, přežije.

Zbyněk Vybíral, v Brně 22. září 2014



PRO PRAXI

RUBRIKA VĚNOVÁNA 25. VÝROČÍ SKT LIBEREC



CHVÁLA V.: ČTVRT STOLETÍ S PSYCHOSOMATICKÝMI PACIENTY V SKT LIBEREC: POHLED DO ZPĚTNÉHO ZRCÁTKA

Motto:

„K etice dialogu patří vzdát se monopolu na pravdu. Vzdát se monopolu n pravdu neznamená vzdát se pravdy, nýbrž spíše stát se pravdivější; umět se v pokoře ponořit do hloubky pravdy, zakusit, že je hlubší, širší, dynamičtější, než naše rybníčky, které jsme dosud za jedinou pravdu uznávali.“

T. Halík: Žít v dialogu

SOUHRN: CHVÁLA V.: ČTVRT STOLETÍ S PSYCHOSOMATICKÝMI PACIENTY V SKT LIBEREC: POHLED DO ZPĚTNÉHO ZRCÁTKA. PSYCHOSOM 2014; 12(3). S.

V tomto roce uplynulo 25 let od otevření Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Rekapitulujeme okolnosti vzniku, mapujeme teoretické zdroje, ze kterých tým pracoviště vyšel, a na základě autentických dokumentů ilustrujeme vývoj, kterým za čtvrt století na své cestě do neznáma tento projekt prošel. Ambulantní týmové pracoviště zaměřené na psychosomatické pacienty vzniklo na půdě všeobecného lékařství a představovalo neobvyklé řešení v systému zdravotní péče. Při pohledu zpátky se ukazuje, že shodou okolností byly vstupní parametry nastaveny tak šťastně, že tato „porucha“ v systému měla dostatečný potenciál k rozvoji v oblasti, se kterou u nás bylo málo zkušeností a která neměla téměř žádnou podporu oficiálních řídicích struktur. Hlavní koncepce pracoviště vznikala v diskusích mezi lékaři



a psychology během osmdesátých let, a v době otevření pracoviště byla prakticky hotova. Základní nastavení bio-psycho-sociálního přístupu k pacientům bylo založeno na teorii narativní terapie a rodinné psychosomatiky. Kolem ní se postupně sdružovala řada dalších terapeutických přístupů, gestalt-terapeutický přístup, rogersovský přístup, ericksonovský přístup, psychoanalytické směry, práce s tělem, meditativní směry terapie spojené s jógou, akupunktura a rehabilitace, podle aktuálního složení týmu. Pracovištěm prošlo za 25 let přes 50 pracovníků, terapeutů, lékařů, psychologů, fyzioterapeutů, středního zdravotnického personálu a administrativy. S výjimkou prvních asi tří let prochází pracovištěm stabilně kolem jednoho tisíce pacientů ročně. Lze tedy hovořit o zkušenosti s nejméně 20 000 pacienty trpícími komplikovaným psychosomatickým stonáním. S naším způsobem práce jsme se netajili, vyškolili jsme stovky zdravotnických pracovníků a pomohli jsme založit další podobná pracoviště. Speciálním tréninkem rodinné terapie psychosomatických poruch, akreditovaným pro zdravotnictví, prošlo na 150 lékařů, psychologů a dalších profesí. Další stovky odborníků prošly kurzem o rozhovoru nebo sebezkušenostními výcviky vedenými v gestalt-terapeutickém stylu.

Klíčová slova: komplexní přístup, psychosomatika, rodinná terapie, týmová spolupráce

SUMMARY: CHVÁLA V.: A QUARTER OF A CENTURY WITH PSYCHOSOMATIC PATIENTS IN LIBEREC COMPLEX THERAPY CENTRE: A LOOK IN A REAR-VIEW MIRROR. PSYCHOSOM 2014; 12(3), PP.

This year it has been 25 years since the Complex Therapy Centre of Psychosomatic Disorders in Liberec was opened. We are summarizing the circumstances of the formation, surveying theoretical resources on which the workplace team has been based, and we are illustrating the development on the basis of authentic documents which this project has gone through on its way into the unknown during a quarter of a century. The ambulatory team workplace focused on psychosomatic patients came into existence on the ground of general medicine and represented an unusual solution in the health care system. When looking back it appears that coincidentally, the input parameters were so well-chosen that this „failure“ in the system had sufficient potential for the development in the area with which we had had little experience, and that did not have almost any support of official governance structures. The main workplace concept emerged in the discussions between doctors and psychologists during the eighties, and it was virtually finished at the time of the opening of the workplace. The basic set-up of the bio-psycho-social approach to patients was based on the theory of narrative therapy and family psychosomatics. A number of other therapeutic approaches cropped gradually around it, gestalt therapeutic approach, Rogers's approach, Erickson's approach, psychoanalytic trends, work with the body, meditative therapy trends associated with meditation and yoga, acupuncture and rehabilitation, according to the current staff. 45 workers, therapists, doctors, psychologists, physiotherapists, middle medical and administrative personnel have worked in the workplace during 25 years. With the exception of the first three years, about one thousand patients come per year. Therefore it is possible to speak of experience with at least 20 thousand patients with complicated psychosomatic diseases. We have not kept our way of work secret; we have trained hundreds of health workers, and helped found other similar workplaces. 150 doctors, psychologists and other professions have participated in a special training of family therapy of psychosomatic disorders accredited for health care. Other hundreds of experts have participated in a course about a dialogue or in self-experienced trainings coached in gestalt therapeutic style.

Key words: comprehensive approach, psychosomatic, family therapy, teamwork



ÚVOD:

Čtvrtého září 1989 jsme otevřeli Středisko komplexní terapie v budově bývalých jeslí v liberecké čtvrti Františkov. Projekt zdravotnického zařízení, na kterém by se tým lékařů a psychologů psychoterapeutů věnoval chronicky stonajícím psychosomatickým pacientům, vznikl během osmdesátých let. Na konci roku 1988 jsme předložili řediteli OÚNZ MUDr. Ivo Augustinovi projekt, jak se postarat o náročné pacienty, kteří nejčastěji skončí po všech marných vyšetřeních a pokusech o léčbu v ordinaci praktického lékaře a jejich stav se nemění. Nejenže jim zdravotníci nepomáhají, ale nejspíš jejich stav bez pochopení k bio-psycho-sociálnímu modelu nemoci dále zhoršují. Liberecká psychiatrie neměla na spolupráci zájem, proto jsme se obrátili na vedoucího lékaře praktických lékařů, zda by nebyl lépe motivován k podpoře našeho návrhu. Shodou okolností se v téže době stal MUDr. Augustin hlavním odborníkem na všeobecné lékařství pro celou tehdejší ČSR. To byla šťastná náhoda, protože náš projekt se mu politicky hodil do karet spíše než ekonomické argumenty a odborný zájem. (Honzák, 1989) To zřejmě rozhodlo. Pracoviště jsme otevřeli ve skromných podmínkách ještě před dramatickými událostmi roku 1989. Rozsáhlá přestavba zdravotnického systému se vznikem pojišťoven a s privatizací terénu s námi už musela počítat jako s existujícím, byť neobvyklým zařízením v systému, pokud jsme splňovali dané podmínky. Hlavní revizní lékař liberecké pobočky VZP, jímž byl vynikající chirurg MUDr. Václav Cihlář, nám říkal: „Mohl bych vás sice zrušit, ale vy se zrušíte sami.“ Nechápal, proč na pacienta vykazujeme třeba i 90 minut v jednom dni: „Nedivím se, že ho pak musí ošetřovat psycholog, když s ním tam mluvíte tak dlouho.“ Naší věci

nerozuměl, práce o somatizaci v ordinaci praktického lékaře znát nemohl. (Fink, Sorensen, Engberg, & al., 1999) Spíš si cenil našeho nasazení pro pacienta, i když později začaly rozhodovat průměry na rodné číslo, kterým jsme se nutně vymykali. Bez určité rozpačité podpory místní pobočky VZP bychom nemohli přežít. Nebyla nijak horentní, na druhé straně byla naše vytrvalost a ochota vyjít s málem. Nejméně po deset let to bylo tak málo, že jsme z roku na rok nevěděli, zda ještě budeme v dalším roce schopni praco-viště udržet.

Zápas s pojišťovnami nebyl vůbec snadný. Po zavedení plošného srovnávání parametrů jednotlivých zařízení v r. 1994 se vyhroutil tak, že jsme museli tvrdě obhajovat čas, který potřebujeme na pacienty mít: „*Vaše kritéria podporují klasický, na výkon a na velká množství klientů zaměřený způsob ošetření. Čím více pacientů v ordinaci a čím levnější ošetření, tím lépe kritéria vycházejí. Z mého odborného hlediska psychosomatické medicíny je však tento způsob léčby nejhorší a nejčastěji pacienta poškozují. Rád bych zůstal lékařem a nestal se účetním. I kdybych přijal ryze ekonomické hledisko, jak bych mohl od sebe oddělit výkony v ordinaci a množství spotřebovaných léků a celkovou perspektivu nemocného v odhadu celkové ekonomické účinnosti pracoviště? Ujišťuji Vás, že až se to otočí, skončím s medicínou. Mohl bych Vám vyhovět, a pozvat pacienty častěji na kratší dobu, občas jim ulevit Kenalogem nebo analgetikem, účetně by to vypadalo lépe. Návštěvy u nás musí být relativně drahé, protože trávíme s pacientem nesrovnatelně více času než všechny ostatní obory... Nemůžete nás srovnávat s běžnou psychiatrickou ambulancí...*“ (z dopisu pojišťovně 10. 11. 1994) Argumentovat zahraničními údaji bylo zcela bezpředmětné, řada prací



vznikla až později. (Honzák, 1989)(Hiller & all., 2004)

Základ původního týmu tvořila jediná zdravotní sestra (Jana Pikousová), somatický lékař (MUDr. Vladislav Chvála) a dva zubaři erudovaní v akupunkturu (MUDr. Jana Machanderová, MUDr. Antonín Machander). Psychologové Mgr. Jan Knop a Mgr. Ivanka Štuplová i sociolog PhDr. Jan Bauer byli zaměstnání v manželské poradně, kde celý projekt vlastně vznikl, a do SKT chodili jeden den v týdnu. Všichni jsme pracovali reálně na 1,5 úvazku. Doc. Jiří Šimek jezdil pravidelně z Prahy a bez

nároku na honorář probíral naše případy, poskytoval nám tolik potřebnou oporu jako neformální supervizor. V prvním roce jsme ošetřovali zhruba tři sta náročných pacientů, v dalším už kolem šesti stovek. Brzy stoupl jejich množství na 1000 ročně. Klademe si otázku, jak jsme to mohli vydržet. A nejen to. Jak je možné, že se pracoviště v neklidných vodách společenských změn drželo svého úkolu prosadit psychosomatický přístup a rodinnou terapii do zdravotnického systému? Mohu k tomu přinést jen své vlastní svědectví. Ostatní to pravděpodobně prožívali jinak.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Z dnešního pohledu se jeví vývoj teoretické základny pracoviště jako překvapivě stabilní a přímočarý. Od prvního publikovaného článku o vlivu psychosociálních aspektů života ženy na chronickou pánevní bolest začátkem osmdesátých let(Chvála V. , Partnerský konflikt jako možný zdroj gynekologických potíží., 1984), přes *Obraz nemoci*, kde je formulován princip narativní terapie(Chvála V. , Co je obraz nemoci?, 1988), až po zásadní publikace o rodinné terapii psychosomatických poruch(Trapková & Chvála, 2004) nebo propojení teorie akupunktury s rodinnou terapií(Chvála & Trapková, Rodinná terapie a teorie jin-jangu, 2008) můžeme vidět jedinou linii bio-psycho-sociálního přístupu, který se stále prohlubuje. Základní principy budoucího pracoviště vycházely z obdivu k práci Milánského týmu, který referoval o „zázračných efektech“ rodinně-terapeutického přístupu a práci s paradoxem při stanoveném cíli terapie a s ukládáním úkolů v pevném rámci celého procesu léčby v duchu krátké terapie. Nikdy jsme vlastně principy

v úplnosti nenaplnili, ale dodnes je podobný rámec terapie v hlavním segmentu střediska zachován¹. (Gjuričová & Kubička, 2003)

Náš tým nikdy nebyl tak jednotný, aby šlo o pracoviště výhradně rodinných terapeutů, jaké představovali po určitou dobu Milánští. S příchodem nových členů přišly samozřejmě i jiné přístupy, dlouhodobé individuální nebo skupinové terapie. Původní záměr nejen léčit, ale i vyléčit, nikoli na sebe vázat ustrašené nebo neurotické pacienty, ale stanovit cíl terapie a co nejefektivněji ho dosahovat, byl správný a zůstal přes všechny peripetie dodnes. To, zdá se, bylo jedním z faktorů našeho úspěchu.² Pracovišti, které se hodlá zaměřit na psychosomatické pacienty, hrozí v první řadě zahlcení neřešitelnými a neukončitelnými pacienty. Takové obavy vyslovil

¹ To je primární zaměření na příběh (narativní terapie) a na sociální systém, jehož je pacient nutně součástí.

² Za úspěch lze považovat dlouhodobý a stabilní vývoj a existenci pracoviště v jednom místě.



zkušený praktik a vážený kolega, liberecký revmatolog MUDr. Josef Suchomel na bohatě navštívené Purkyňce, která se konala v Liberci r. 1988 a byla celá věnována psychosomatice. Tam jsme projekt našeho Střediska komplexní terapie poprvé představili odborné veřejnosti: „*Pokud tohle realizujete, za dva roky rádi z Liberce odejdete a všichni ostatní budou taky rádi,*“ řekli nám. Také proto jsme v prvních letech dbali především na stanovení realistického cíle s pacientem, a byli jsme hodně nároční na pacienta samotného. Dovolovali jsme si vedle přátelského a otevřeného přístupu i direktivitu, nad kterou nám dnes samotným poněkud trne. Existují autentické záznamy z té doby, ale v úplnosti si je publikovat asi nedovolíme. V deníku, který jsem si po dobu prvního roku vedl, píšu doslova: „*Rozhodli jsme se dokázat, že nemoc je vlastně příběhem člověka, svědectvím o jeho osudu... Jsem přesvědčen, že mnoho nemocných stoná ,proto', že jsou zapleteni do zapleklité sítě vazeb, ze které není úniku. Chceme spolu s nemocnými hledat jejich příběhy, vytvářet obrazy těchto příběhů, hledat jejich smysl, směr; ba chceme víc. Chceme se na tyto příběhy napojit a pomoci je rozmotat, naznačit směr a posunout je z místa, rozetnout začarovaný kruh...*“ (Klinický deník, 1. 9. 1989)

Způsob, jakým jsme se především my lékaři s chirurgickou zkušeností zmocňovali rodinné terapie a psychoterapeutických technik, jak jsme pronikali do světa psychických a sociálních systémů, přes všechnu laskavou péči našich kolegů psychologů, není obdivuhodný. Dnes bych řekl, že to byl přístup chirurgický. („*Když pacient trpí a chce pomoc, mám přece právo dělat s ním, co uznám za vhodné, když vím, že mu to*

pomůže.“) Jako bychom ještě nerozeznávali rozdíly mezi tělem, psychikou a sociálním systémem, jejich odlišné možnosti. Stejně, jako jsme obdivovali technické chirurgické figle starších kolegů, obdivovali jsme triky eriksonovského rozhovoru, chytrost paradoxních úkolů milánských kolegů, kouzlo deShazerových otázek, a manipulovali jsme více či méně otevřeně se světem pacienta. (DeShazer, 1982) S nadšením jsme vynalézali nové a nové triky, nad kterými by dnes útlocitnějším kolegyním vstávaly vlasy na hlavě. To, co se rozhodně za čtvrt století změnilo, je právě naše schopnost rozlišovat jednotlivé úrovně zdraví a nemoci, ale i naše schopnost i ochota pracovat důsledně dialogicky. Objevili jsme paradox odbornosti: čím více víme, tím menší je naděje na skutečný dialog. Současně se ale jednotlivé psychotherapeutické přístupy nejspíš u nás obohatily pod vlivem psychosomatické klientely o pevnější vedení, rozhodnější „tah na branku“. Kde se vzala naše jistota, že náš postup je ospravedlnitelný?

Pracoviště nevzniklo jako komerční projekt na módní vlně alternativní medicíny, ale jako výsledek dialogů mezi lékaři, psychology a rodinnými terapeuty, kteří přispěli k vyjasnění teoretických východisek. Osmdesátá léta v našem uzavřeném světě se stále beznadějnějšími perspektivami k tomu byla kupodivu velmi vhodná. Už během individuálního školícího místa v psychosomatice v roce 1983, které organizoval doc. Jaroslav Baštecký, jsem se mohl osobně setkat s lidmi, kteří se dostali ke vzdělání v letech šedesátých. Lékaři Radkin Honzák, Jiří Šavlík, Jiří Šimek, Pavel Čepický a další ukazovali možnosti psychosomatiky a vlévali naději mladému lékaři. Setkání s psychology bylo inspirující, nekonečné diskuse s Bohun-



kou Tichou a se sociologem Janem Bauerem zpochybňovaly všechno dosud pevné a jisté. Seznámení se skupinou lidí kolem profesora Zdeňka Neubauera a Jiřího Fialy, jimž se podařilo využít nehlídané zadní schodiště Československé akademie věd³ k organizování kurzu „Kybernetické problémy přírodovědy“, odkud vedla cesta k myšlenkám Gregoryho Batesona a Humberta Maturany, působilo v dusné atmosféře normalizace jako pramen čisté vody. (Neubauer, Cesta za smyslem bytí a ppoznání, 1988)(Neubauer, Deus et natura, 1979)(Neubauer, Smysl a svět, 2001)

Nedostatek vzdělání lékařů v oblasti filosofie a psychologie se v praxi s pacienty jevil jako fatální. Sama gynekologická praxe a zaměření na chronickou pánevní nemoc byla dobrým východiskem k cestě mezi rodinné terapeutky a k seznámení s Petrem Bošem, pedopsychiatrem z Dubí u Teplic. K němu směřovala otázka, co vlastně víme o tom, jak lidé spolu žijí. Rodinná terapie na ni měla překvapivé odpovědi. To všechno by ale byla jen pouhá teorie, kdyby nebylo prostoru pro aplikaci nových poznatků v praxi. Vznik nejprve psychosomatické gynekologické ambulance, později kabinetu akupunktury v rámci celé nemocnice, a současně práce s rodinami v manželské poradně – to bylo prostředí, kde celý projekt vznikl a vyzrál.(Chvála V. , Šest let práce psychosomaticky orientované ambulance na ženském oddělení NsP Liberec. Přednáška na 4. celostátní konferenci psychosomatiky a psychofyziologie Hradec Králové., 1986) Na konci roku 1988 jsem shrnul výsledky studia a diskusí v textu *Úvahy*

³ Myslím tím Závodní pobočku Československé vědeckotechnické společnosti při Fysiologickém ústavu ČSAV

nad pohyblivými obrázky, ve kterém lze najít všechny podstatné znaky budoucího pracoviště. Text sice nebyl nikdy publikován, byl jako samizdat podnětem k diskusi s řadou kolegů. Zde nahozený koncept myslí obsažené v celém těle a utvářející se v komunikaci se sociálním okolím je velmi podobný tomu, co nedávno publikoval Daniel J. Siegel s týmem spolupracovníků na základě nejnovějších poznatků o fyziologii mozku ve druhém vydání své knihy *The Developing Mind* (Siegel, 2012). To znamená, že intuitivně stanovený směr našeho uvažování byl už před otevřením pracoviště správný, pozdějšími výzkumy potvrzovaný. Živá korespondence s prof. Zdeňkem Neubauerem trvala do roku 1994, přímý kontakt a spolupráce s Petrem Bošem až do jeho smrti.

Petr Boš už v r. 1986 píše: „...*Fandím i Vaším obecnějším úvahám, jistě by se našli předchůdci jako třeba Oswald Spengler, či současný Fritjof Capra, kterého Vám vřele doporučuji...*“ A později, v r. 1988: „...*K Vaší teorii hemisfér a „meziobrazů“: slyšel jste o Gazzanigově teorii mozkových modulů a „sociologii“ myslí? Je to podobné a doplňuje se to smysluplně.*“ Taková podpora byla velmi potřebná. A byla nejen v dopisech a osobním povzbuzování, ale také v poskytnutí přímých kontaktů na zahraniční kolegy. V r. 1990 mi takový kontakt umožnil absolvovat seminář s Jeffry Zeigem, přímým žákem a velkým propagátorem Milтона Ericksona. Do tajů ericksonovské terapie snad všechny členy týmu navíc vynikajícím způsobem zasvětil Vladimír Dvořáček. Tato terapie byla bezesporu jedním z jednotících prvků společné práce. Petr Boš nás seznámil se světovou špičkou systemického myšlení na inspirativních konferencích v Heidelbergu, kde jsme se osobně setkali i s Humbertem Maturanou, chilským



profesorem fyziologie, propagátorem Batesonových myšlenek. (Maturana, 1982)(Bateson, 1988)

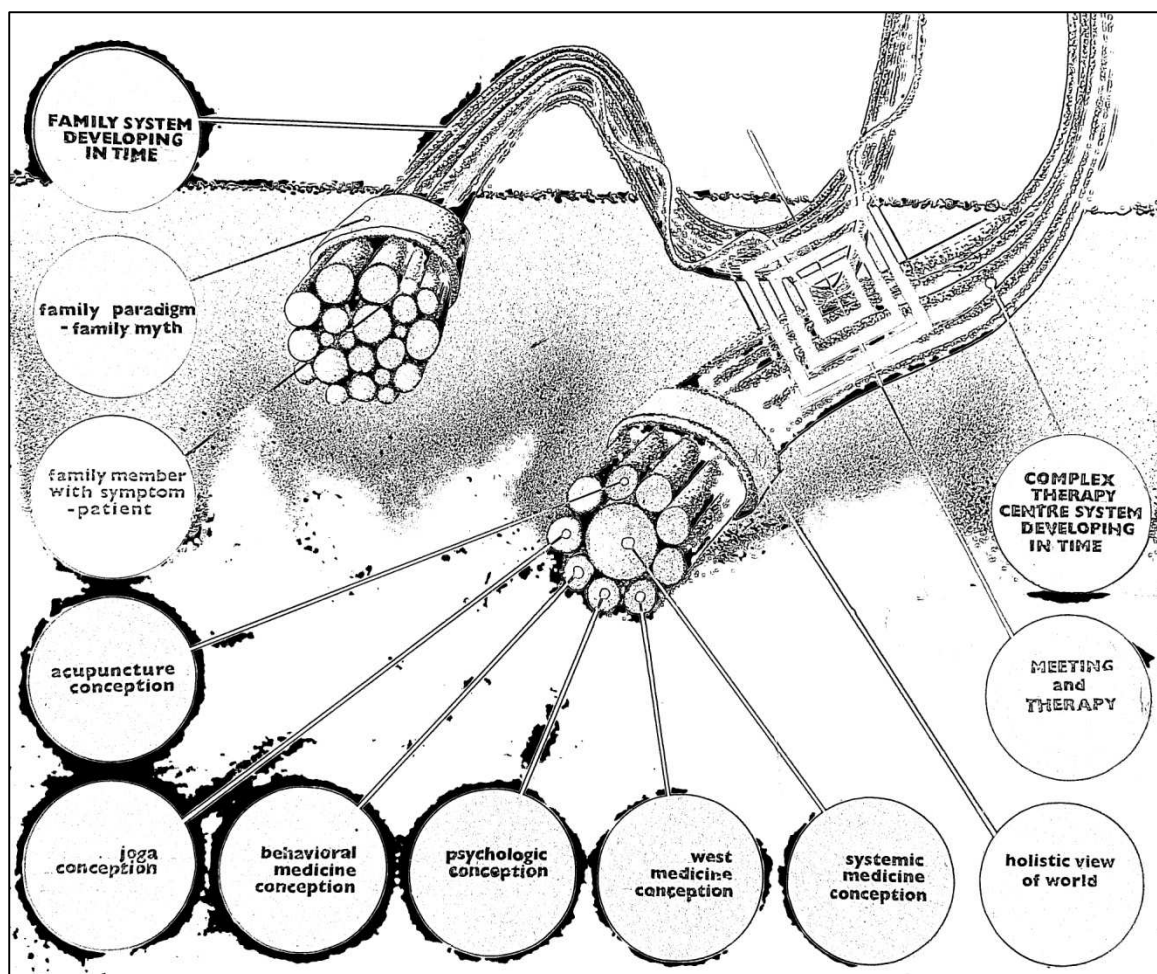
Profesor Zdeněk Neubauer byl tím nejpřísnějším promotorem. Jeho vědomosti z oblasti filosofie a exaktní styl myšlení nás přistihovaly při každém klišé nebo nejasném vyjádření.: „...přečetl jsem si ten Váš článek a byli jsme s Mášou⁴ osloveni. A tu mne najednou napadlo, jak nesmírně podobné je Vaše chápání nemoci od mého ‚kybernetického‘ pojetí náboženství...“ (1989) Mnohem častěji jsme se dočkali spíše fundované a velmi cenné kritiky, která se snesla i na hlavy námi obdivovaných teoretiků radikálního konstruktivismu: „...Svět, skutečný svět, povstává z lidí, jako jste Vy – a ze vzájemnosti (společenství) skrze Logos (společný smysl), jenž se tímto společenstvím (ecclesia) stává tělem. Ale právě proto onen vnitřní svět, který je tak, že povstává ze samovolné autopoiesis, je přirozený, a není konstruktem – a už vůbec ne naším: je upředen z příběhů, jichž jsme účastníky, ‚vnitřními pozorovateli‘ – lépe: zřeci – purushas a jeho povahy – přirozenosti – prakti sebe si uvědomující křížovatky a ohniska jeho samovztažnosti, místy jeho sebezjevení v událostech vědomí v tvůrčích symmetry – breakings na bifurkačních bodech. Proto je mi tak odporný výraz ‚konstruktivismus‘, tím spíše ‚radikální‘. Svět, žádný skutečný svět není konstruktem: konstrukty jsou ex definitione umělé (mají svůj původ mimo sebe) a mohou být budovány **uvnitř** určitého světa. To ‚objektivní svět‘ je vnějším světem myšleným jako konstrukt (= boží výrobek, jak je tomu v deismu ontologie novověké vědy)...

⁴ Máša Svobodová, partnerka

Cítím, že Váš výklad v této hybridní, nahozené podobě, není přijatelný ani pro filosofy, ani pro vědce...“ O to větší povzbuzení pro nás znamenala jeho zřídka pochvala: „*Na nejkrásnější úryvek Vašeho textu jsem narazil na poslední stránce, kde mluvíte o nutnosti naplnění představ pacienta o lékaři, aby bylo vůbec možno navázat smysluplný vztah, dát příležitost společnému světu: ano, symboly a archetypy. Rity a mýty jsou s to propojit nespojitě světy paradigmatické!*“ (Z dopisu 15. 11. 1993)

Svou představu o organizaci psychosomatického pracoviště jako místa setkání nejméně dvou bio-psycho-sociálních systémů, pacienta a lékaře-terapeuta, jsme připravili pro světový kongres behaviorální medicíny ve Švédském Oulu již v létě v r. 1990. Nakonec jsme tam nejeli, ale dodnes lze považovat tento koncept, vyjádřený grafem (viz obr. 1), za platný a mimořádně zdařilý. (Chvála, Knop, Bauer, & Štuplová, 1990) Byl blízký narativní terapii, která se teprve začátkem devadesátých let začala v odborné literatuře častěji skloňovat. Pracoviště zde bylo představeno jako místo setkání dvou příběhů: příběhu člověka-pacienta v jeho rodině s příběhem týmu pracoviště. Důležité bylo, že jsme počítali nejen s cizím příběhem, ale také s naším vlastním. Byli jsme si do určité míry vědomi své situace. Sotva bychom v týmu našli někoho, kdo by si mohl svou osobní a rodinnou situaci kdovíjak pochválit. Už během prvního roku se projevil také potíže členů týmu. V celkově pohnutém závěru roku 1989 se to však rozpustilo v bouřlivém pohybu celé společnosti. A pracoviště už bylo v pohybu. Prostor pro setkávání už vznikl a jako takový zůstal otevřený dodnes.





OBRÁZEK 1: SKT LIBREC- MÍSTO SETKÁVÁNÍ

Narativní přístup byl patrně nejvýznamnějším vlivem na naši terapeutickou práci, ať už se projevil v práci s časovou osou, v teoretických úvahách, nebo při práci s rodinami. (Chvála V., Radikální konstruktivismus a lékařská praxe., 1992) To byl také nejspíš důvod, proč jsme se setkali s Lídou Trapkovou, a později s Torbenem Marnerem, dánským pedopsychiatrem a rodinným terapeutem, s nímž jsme uzavřeli pevné přátelství, které nás vzájemně ovlivnilo. (Marner, 2000) Ten pro nás

přinesl narativní terapii s externalizací přímo z dílny Davida Epstona a Michaela Whitea, a my jsme ji začali používat nejen u dětí, ale i u dospělých. (White & Epston, 1990) S Torbenem Marnerem pokračovala naše diskuse o rodinné terapii a psychosomatické medicíně. Byl také prvním supervizorem našeho výcviku rodinné terapie. (Trapková L., Zpráva o výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci, 2013)

METODA A VÝVOJ PRACOVIŠTĚ

a) fáze heroická 1989-1993

První fáze pracoviště by se dala nazvat heroická a má dnes podobu zaklada-

telského mýtu. V druhé fázi, která trvala od roku 1993 až do roku 2000, jsme hledali takový formát pracoviště, který



by obstál v měnících se podmínkách společnosti. Nazval bych ji explorativní fází. Teprve třetí období od r. 2001 bychom mohli nazvat fází expertní. Snad mi mladší kolegové odpustí, že se budu věnovat této první fázi více než těm dalším. Domnívám se, že byla pro další vývoj pracoviště rozhodující.

I když se rodinná terapie nestala jedinou metodou, hlavní algoritmus příjmu vychází z teorie rodinné terapie a je stále stejný. Pacient se osobně objedná a dostane hodinu¹ na příjmový pohovor, během kterého se máme seznámit s jeho problémy a stanovit léčebný plán a dohodnout kontrakt. Tak vznikla práce s časovou osou, rozhovor, ve kterém se dostanou ke slovu jak biologická, tak psychosociální fakta tak, jak si je pacient pamatuje či vykládá². (Chvála V., Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti., 1995) Na rozdíl od teorie životních událostí Holmese a Raheho z let šedesátých nám nejde o objektivizaci toho, co se stalo, ale o subjektivní, skutečný, živý příběh člověka, jak on mu rozuměl a jak si ho zapamatoval nebo vykládal. (Holmes, 1978) Na základě tohoto setkání se stanovuje plán léčby, který často zahrnuje celou rodinu v případech, kde tušíme komplikace v sociálním systému, nebo psychoterapii (individuální či skupinovou), když dominují stavy psychického systému.³ Nemalá část našich pacientů přichází především kvůli tělesným symptomům. Mají představu, že disponujeme nějakou zázračnou metodou působící na tělesné úrovni,

kterou zatím nevyzkoušeli. To je ta podstatná část pacientů, pro které pracoviště vzniklo. Těm pak nabízíme „zázračnou“ akupunkturu nebo práci s tělem jiného typu v naději, že je během dalších sezení získáme pro hlubší práci v oblasti psychického či sociálního systému (rodiny). To jsou ti nejtěžší pacienti. O svých psychických problémech nebo rodinných konfliktech mluvit nechtějí, považují je za samozřejmé, nebo je prostě popírají. Kdyby tomu tak nebylo, mohli by jít za psychologem nebo do rodinné poradny a problémy řešit rovnou.

Získávat tuto část pacientů je náročné a vyžaduje to modifikaci běžné práce. Nejtěžší jsou začátky, kdy se ještě pacient nemůže opírat ani o pověst pracoviště a víru, že tady mu pomůžou. Je třeba pacienta k terapii svádět a pracovat nepřímou. Odhalovat předčasné psychosociální souvislosti nelze, pacienta ztratíte. Tito pacienti představují také nejtěžší zkoušku lékařovy trpělivosti a sebevědomí. Nemít v ruce nic, co by pacientovi ulevilo, to je pro lékaře nesnesitelné. Pouhé naše vědomí, že pacientův organismus vytváří nemoci sám v kontextu jeho psycho-sociálních komplikací, nás sice může utěšovat, ale pacient se o to opírat nemůže, když si svůj psychický stav neuvědomuje, nebo je to pro něho dokonce nebezpečné si jej uvědomit. To je těžké i pro psychology, kteří chtějí pracovat s dobře motivovaným pacientem. Ilustrovat tyto těžkosti můžeme hned na jednom z prvních těžkých případů.

Zmíněný kolega Suchomel nám týden po otevření pracoviště jako dárek poslal pacientku, o které napsal stručně: „*Pani Zoufalá bolí celá.*“ Ve skutečnosti měla pacientka ještě výstižnější jméno, které však z pochopitelných důvodů uvést nelze. Současným čtenářům se omlouvám, budu citovat terapeutický deník

¹ Hodina je málo, zkoušeli jsme 2 hodiny nebo 90 min., ale ekonomicky je to neúnosné, pokud pacient nepřijde, prostoj je příliš velký.

² Těto metodě vyučujeme už nejméně 20 let všechny zájemce na semináři o časové ose.

³ Uvědomuji si, že rozlišení obou by vydala na samostatnou publikaci. Zde není na téma dostatek prostoru.



přesně i s jistou arogancí, která mi dnes vůbec nezní dobře, ale tehdy jsem o ní nejspíš ani nevěděl.

Přišla paní, vypadá na padesát, o jedné francouzské holi, celá vychýlená k nemocné levé noze, kde ji už tři roky bolí koleno. Ale ono ji taky bolí v zádech a jinde, skoro všude. Přitom vypadá slušně, skromně, jako hodná babička. Člověk by řekl – spokojená. Našpulené rty do kyselosti, trpké vrásky na nose, pomalu a váhavě odpovídá na otázky. Má nedůvěru, je poslána kdoví proč, snad mě tady nebudou zase léčit? Manželství jako klíčka, není na něm smítka.

„Ale paní Zoufalá, vy byste mohla být vzorem. Jak to, že jste neměli jediného problému?“

„No, všude je něco.“

„A u vás?“

„No, manžel chodil do hospody...“

„A už nechodí?“

„Ne.“

„A jak jste to proboha dokázala?“

„No, řekla jsem mu, aby tam nechodil.“

„A proč vám to vadilo?“

„On byl takový hlučný a děti to neměly rády.“

„Vám to nevadilo? Ani při styku?“

„Ale ano, to jsem nesnášela.“

No, aspoň něco jsme se dozvěděli na začátek. K další konzultaci paní přivede manžela a uvidíme. A přivedla. Jako by přišla matka se synem. Neukázněným mladým býčkem, pěkně podrážděným, který supěl mezi dveřmi.

„Tak co je?!“ zdvořile se zeptal.

„Já bych vás rád poznal, pane Zoufalý, když mám léčit vaši paní.“

„Ale co já s tím mám společného? Ji snad bolí koleno, ne?!“

„Ano, jistě, ale nedaří se to vyléčit, není-liž pravda?“

„No právě, to mě pěkně štve! Tak proč ji nepošlete do nějakého vyššího pracoviště, do Brna nebo do Prahy? Pořád o tom mluví v televizi, jak jsme skvělí...“

„Můžete, samozřejmě, kamkoli se vám zachce. Tady vás budeme léčit, jen když si budete přát.“

„Ale co s tím mám společného já?!“ stavěl se pořád na zadní. Býček, který nejspíš nabýval dojmu, že situace je

stejná, jako když mu kamarádi dali něco do piva a teď se tady na jeho účet baví.

„Dobře. Tak vy se rozhodnete a přijdete nám říci, ano?“

„Ale my chceme. Tak co máme dělat?“

„No, my potřebujeme vidět celou rodinu i s dcerami.“

„No tohle! To snad není pravda, ale ji, pane doktore, bolí koleno!“ měl pravdu manžel.

„Ano, koleno. Jistě. Ale nemůžeme se pustit do předem prohrané bitvy, když neznáme situaci, ve které se vaše paní nachází. Potřebujeme vidět všechny.“

„To byste museli přijít k nám domů, holky mají školu.“

„Samozřejmě přijdeme k vám. Kdy se vám to hodí?“ Ale pak se ukázalo, že se to vlastně moc nehodí, raději by přišli sem, bude-li to nezbytné, ale stejně nevědí, co to má znamenat.

„Tak dobře, ještě se přeci jen rozhodněte, a jestli budete souhlasit, přineste si každý fotografii.“ No to už začalo být trochu příliš. Když odešli, oddechli jsme si se sestrou Janou. Uvažovali jsme o tom (hypotetizování), že o dost mladší manžel nejspíš zlobí a má patrně i milenku, a jeho o dost starší žena ho může udržet doma jen za cenu nemoci. Zbavit za této situace pacientku bolesti by znamenalo ohrozit stabilitu domácnosti. To bude oříšek. Navíc ať uděláme cokoli, jestli nám to ovšem matka dovolí, vždy to bude znamenat neúspěch, protože jediný žádoucí úspěch bude nejspíš invalidní důchod a slušné postižení, které nedovolí manželovi odejít. Takže nejenže nás čeká téměř jistý neúspěch, ale stížnost až na ministerstvo nás nemůže minout. Ještě bychom ji nemuseli přijmout do léčby. No uvidíme. Teoreticky by bylo třeba jí doporučit takové chování, které by obrátilo smysl její choroby. Například bude-li mít bolesti, muž nebude doma. Nebo tak něco.“

V té době jsme považovali za dobrý nápad všechny případy tak trochu propojovat, směřovali jsme k něčemu, co by se dalo nazvat stacionářem. Hned další pacientka reagovala na dvojici a



dozvěděli jsme se více, když jsem konstatoval, že to vypadá, že je zná.

„Ale znám paní z ortopedie. Poznala jsem ji podle muže.“

„A jak se vám líbí její muž?“

„No, vypadají jako matka se synem, stal se mi takový trapas...“ a popisuje obvyklé společenské faux paux, pochválila ji, jak má pěkného syna. A paní jí za odměnu vypověděla, že on je pěkný grázl, protože jí zahýbá s nějakou paničkou. Ale podívejme se!

Brzy přišli Zoufalí, nebyli vlastně objednaní, ale setrvali půlhodinku, on pořád agresivní, ona už méně jistá.⁴ Přinesli fotky⁵ a kroutili hlavami.

„Ale kdo jí řekne, co má dělat s tím kolenem?“

„Nebojte, my vám řekneme, co má dělat. Může na to například dostat mazání a vy jí to budete muset třeba mazat, já nevím...“⁶ nebyl jsem na intervenci připravený.

„Ale to pěkně děkuju,“ ozvala se slušně paní. „Viděl jste ty jeho ruce? To by mi noha upadla.“

„Tak vám dáme léky,“ zkouším to já.

„No to je vyloučeno, na ty jsem na všechny alergická,“ kontroluje situaci žena.

„Nebo vám můžeme nabídnout cvičení.“

„Ale to nejde, kdo by se mnou chodil? To já sama nemůžu.“

„Tak vidíte, pane Zoufalý. Co my můžeme s vaší paní dělat, když nic od nás nemůže přijmout? Skutečně nám nezbyvá než se pokusit nejprve zpřesnit diagnózu, a pak se snažit o nějakou samostatnost, přeci nemůžeme dovolit,

⁴ To je pozoruhodná poznámka. Pacientky v těchto případech, které patří dodnes k nejtěžším, mají sice těžké příznaky, obvykle bolesti, ale nápadná je jejich spokojenost a jistota, že je jejich muž neopustí. Některé se dokonce nad takovou otázkou rozesmějí, že to on by nedokázal. Terapie je problematická především proto, že by mohla vést k destabilizaci celé rodiny, kterou drží příznak pohromadě.

⁵ Fotografie byly v té době součástí naší dokumentace.

⁶ Z hlediska rodinné terapie jsme mohli věřit na to, že kromě obsahu léčiva může být významné také to, kdo z rodiny lék nemocnému aplikuje.

aby vás všechny svou nemocí terorizovala...“⁷

K našemu překvapení se podařilo sejít se nakonec s celou rodinou. Z videozáznamu, který vznikl v prvním měsíci práce střediska, můžeme citovat přesně, pro představu, jak tehdy před 25 lety naše rodinná terapie vypadala. (str. 29) Přicházejí všichni, matka (F) s berlí, otec (M), děti Petra (X), Jana (Y), Zdeněk (Z). Petra sedí nejbližší matce, je nejstarší, ale mladší sestra Jana vypadá vyspělejší a samostatnější, i když se schovává za otcem. Nejmladší syn dělá sport, který byl otcovým snem.

T: „Pozval jsem vás proto, abychom, se spolu dohodli, jak budeme maminku léčit.“

M: „Rádi, ale nevíme jakým způsobem,“ dosud nejsmířlivěji promluví otec.

Rozehrávám sezení vyptáváním na rozdíly mezi členy rodiny, komentářem k tomu, jak kdo vypadá starší nebo mladší. Matka vstupuje téměř vždy: „Ale ne...“ A muž, který tvrdil opak, se rychle přidá k názoru ženy. Rekapitulujeme, jak to bylo se zraněním, od kterého koleno bolí. Matka spadla na ledu.

M: „Já u toho nebyl... protože já bych ji upadnout nenechal.“

F: (smích): „Ne, ty bys mě přišláp...“ (smích) „...ne, tak strašný to není, zatím.“

T: „Jak moc to trápí děti?“

M: „Moc ne, ale je to škoda, že? Máma s náma chodila na ty vejšlapy a ty dovolený, a teď nemůže.“

T: „Takže chodíte bez ní?“

F: „Letos jo, protože jsem byla v nemocnici. Vloni jsem s vámi byla.“

Zatím tedy přišli kvůli nemoci jen o jednu dovolenou, těsně předtím si F udělala řidičák, aby mohla jezdit samostatně, ale pro bolesti jezdit nemůže.

⁷ Takto přímo pojmenovat věci není ani moc taktické, ani pravdivé. Tento krok se stal pravdivějším a schůdnějším až později, když jsme začali důsledně používat externalizaci. Je to „Nemoc, která je všechny doma terorizuje“, ne ohrožená žena, která sama je nemocí také terorizována.



T: „Jaký je tatínek učitel? Laskavý?“
chci se víc dovědět o atmosféře v rodině od dětí.

Děti se smějí rozpačitě. M je vybízí k upřímnosti. „No, moc laskavý není, matku u toho terorizoval, takže přestala jezdit.“ Otec mluví často za ženu.

T: „Má to nějaká další nevýhody, že je máma nemocná?“

X: „Že sama daleko nedejde,“ reaguje Petra hned. „Že nemůže chodit sama, takže s ní musí někdo jít.“

Vyjmenováváme všechny nevýhody.

T: „Kdo s vámi chodí nejčastěji?“
obracím se na matku.

F: „Petra.“ Pátráme proč ona. „Je nejvíce doma,“ myslí si matka.

Pak se pustíme do hledání výhod. To je choulostivé téma. Manžel jakékoli výhody rezolutně popírá. Není dobré, že je maminka pořád doma. Ani dětem to nevyhovuje. Oni ji snad vůbec nechtějí, nebo co? Začínáme modelovat, co by se stalo, kdyby dostala důchod. Nechtějí to připustit.

T: „Budou Vánoce, matka je doma, co se bude dít?“

Y: „Bude se péct.“

F: „V žádném případě. Slečna si musí upéct sama,“ překvapí mě matka. A vypadá to na nezvratné rozhodnutí.

M: „Bude věřit, že se uzdraví.“ Jana se tomu ale směje.

F: „Oni mě už ani na posudkový nechtějí. Já jsem tam byla nedávno a pan doktor se mě ptal, co tam chci.“

Modelujeme tedy dál v čase vývoj rodiny až do odchodu dětí. Jaké to bude?

M: „Vy nám ten život začínáte lajnovat pěkně! (smích)“

T: „Jo, já si to jen tak představuju.“

M: „Jo, já si to taky nějak tak představuju,“ otec smířlivě.

T: „Nebude to dlouho trvat a i Zdeňka povolají na vojnu...“

M: „Kdyby se tak dostal do Dukly...“

T: „Takže tam doma zůstane jen ta máma...“

F: „Ale ne, nezůstanu. Vezmu si židličku a půjdu se na závody podívat,“ překvapí máma.

T: „Vy se nedokážete na to adaptovat?“⁸

F: „No jo, já bych ráda chodila, ale je malá naděje.“

T: „Nejde o naději, chci jen vědět, jestli si myslíte, že se dá na takovou situaci adaptovat.“

F: „Dost těžko.“

T: „A co by se tedy stalo?“

M: „Asi by musela...“ (nejistě)

T: „Zkusme to otočit. Co byste dělal vy v takovém případě?“

M: „Asi bych si na to musel zvyknout, přeci neskočím pod vlak?“

Tak se postupně v poměrně dobré atmosféře dostaneme k možnostem léčby.

T.: „Máte nějaký nápad?“⁹

M: „No třeba lázně.“

T: „To je výborný nápad.“ Následuje diskuse o tom, co by se v tom mělo udělat. Na to matka jde na záchod a zůstaneme chvíli jen s otcem a dětmi.

M: Změní dikci a začne se vyptávat, zda bychom je neměli někam poslat. Třeba do Prahy nebo do Brna. V televizi to pořád ukazují. Vrátil se matka.

Probíráme škálu našich možností. Moc toho není.

T: „Mimochodem, my jsme mluvili o mazání kolene a vy jste rezolutně odmítla manželovy ruce, protože je má jako lopaty...“

F: (smích) „Já jsem neříkala lopaty, to jste si splet.“

T: „A co že jste řekla?“

F: „Svěrák,“ směje se matka srdečně.

T: „Svěrák. No to je mnohem horší.“
Směju se také.

F: „Ten když stiskne, tak to máte jako v kleštích.“

M: „No jo, a když jdeš na tu rehabilitaci a tam ti to trochu promažou, tak neříkáš nic.“

F: „Protože vědí, kam sáhnout, na rozdíl od tebe.“

⁸ Je vidět, že se držím stále své představy, to není překlep. Ona přece říká, že se na to adaptuje, vezme židličku a půjde se odívat na závody.

⁹ To je poměrně odvážný krok, ptát se rodiny, která se přišla léčit a čeká zázrak, zda nemají něco v rukávu, co by matce mohlo pomoci.



T: „Či ruce byste si vybrala?“

Všichni: smích

T: „No neváhejte, vybírejte...“

S rodinou jsme navázali dobrý kontakt a pomáhali jsme postupně dokončit separaci dětí. Bolesti ještě dlouho jistily situaci, co bylo ale důležité, rodinu jsme neztratili, přestože začátek byl velmi napínavý. Později jsme si zvykli, že v podobných případech to bývá muž, který všechnu zlost z bezmoci promítá na zdravotníky. Bývá to on, kdo hledá pomoc, vozí ženu od zdravotníka ke zdravotníkovi a současně svou arogancí a útočností zdravotníky odrazuje. Kdybychom neměli k dispozici vybavu rodinné terapie, sotva bychom si s těmito případy poradili. Jistota, s jakou s rodinou pracujeme, aniž bychom drželi v ruce jediný trumf v podobě zázračného léku nebo procedury, mě překvapuje ještě i dnes. Hodně se to podobá externalizaci, se kterou jsme se však setkali až o 5 let později. (Chvála & Trapková, Externalizace- nový nástroj psychosomatiky. , 1995) (Trapková L. , Případ s teplotami (Externalizace), 1995) Co nás rozhodně tyto rodiny naučily, je schopnost proměnit atmosféru sezení. Smích a uvolnění je možné i v takových rodinách. Nevím, zda pomáhá léčit, ale umožňuje mluvit i o věcech, které by jinak zůstaly skryté.

Kromě práce s pacienty jsme měli v plánu organizovat semináře pro praktické lékaře a ovlivňovat tak práci terénu. S nimi jsme začali od začátku roku 1990, a během prvních dvou let byly bohatě navštěvované a zdály se nám být užitečné. Skončily vlastně až s privatizací terénu, kdy se zcela změnil vztah kolegů k jejich už zprivatizovaným praxím. Snad převládly komerční a osobní zájmy nad skupinovými, nebo jsme se i my vzdálili původnímu, ještě srozumitelnému lékařskému jazyku v kontaktu s nemocnými rodinami,

nevím. Každopádně jen velmi vzácně nám poslali pacienta gynekologové, kolegové, se kterými jsem se dobře znal. A to přesto, že právě kolem chronických gynekologických symptomů naše pracoviště vzniklo. Měli jsme i gynekologické pacientky, ale jen ty, které si nás samy našly. Nelze vyloučit, že komerční zájmy, které nastoupily v 90. letech po době normalizace, byly rozhodující i pro psychosomatickou medicínu jako celek. Ve skutečnosti nebyl takový zájem na vyléčení pacientů, jako na jejich léčení, protože jen to bylo de facto pojišťovny placeno. Náš odlišný přístup k psychosociální oblasti se projevil i ve spolupráci se sociální oblastí. Přes 20 let byly činěny pokusy zřídit v Liberci linku důvěry. U nás jsme pro ni vytvořili prostor brzy po zahájení činnosti. Program, který tady vznikl, převzaly ostatní linky důvěry v řadě míst České republiky.

b) fáze explorativní 1993–2000

Po zajištění základní existence jsme začali hledat další možnosti rozvoje. Typickým znakem této etapy byl příliv nových kolegů v roce 1993 a 1994, ale jen málo z nich zůstalo delší dobu. Nejprve se k nám přidala PhDr. Bohumila Tichá (dnes Baštecká), která se velmi zasloužila o vznik Linky důvěry a založila tradici skupinové terapie. Segment rodinné terapie významně posílila PhDr. Lída Trapková, která nás upozornila, že nikde nezavíráme dveře, a přispěla ke zpevnění hranic. Přijatelný psychiatrický pohled přinesla MUDr. Michaela Petišková, která byla ochotná se věnovat i klasickým psychiatrickým pacientům s velkým osobním nasazením, i když jsme se na ně primárně nechtěli soustředit. Po jejím odchodu u nás řada jejích pacientů zůstala. Zkušenosti přišly načerpat psycholožky Mgr. Marie



Zemanová a PhDr. Daniela Knoppová. Vypadalo to, že budeme muset do týmu získat kolegy snad ze všech oborů, abychom vyhověli předpisům pojišťovny. Tak přišla onkoložka MUDr. Eva Zemanová, dermatoložka MUDr. Hana Štajnbruchová, které se nadšeně začaly věnovat psychosomatickým souvislostem ve svých oborech. Tým rozšířili i pediatr, neurolog nebo rehabilitační lékař, ale tato cesta se ukázala jako neprůchodná. Příliš velký tým měl více práce sám se sebou, než s pacienty, a užitek byl malý. Kolegy jsme navíc nezískali pro náš komplikovanější způsob uvažování. Práci v týmu si vyzkoušeli psychologové Mgr. Jan Šlemín, PhDr. Milan Štěpanovič, epizodicky i PhDr. Zdeněk Rieger a psychiatři MUDr. Jindra Friedrichová (která je s námi dodnes), MUDr. Olga Kunertová, MUDr. David Adameček. (Úplný seznam týmu viz tab. 1) Vždy jsme považovali za potřebné, aby na pracovišti byl fyzioterapeut. Podařilo se nám po celou dobu toto místo držet a vždy nějakého fyzioterapeuta mít, i když obhajoba před pojišťovnami byla obtížná. (Chvála & Trapková, Rehabilitace jako součást komplexní terapie psychosomatických pacientů., 1996)

Organizování seminářů bylo stále náročnější, a proto byl logickým krokem vznik institutu, který se ujal výuky psychosomatické medicíny. Výuka nás nutila k přesnějšímu formulování našich zkušeností a tak přispěla k upřesnění a vývoji naší metody práce. (Chvála & Trapková, Možnosti výuky zdravotnických pracovníků v oblasti psychosomatiky, 2002) Péče o rozvoj psycho-somatického myšlení a podpora publikační činnosti nás přiměla k vydávání odborného časopisu PSYCHOSOM. Naším původním záměrem bylo vracet ostatním lékařům zkušenosti získané díky

speciálnímu uspořádání pracoviště. Proto jsme pravidelně a hojně referovali na konferencích i v odborném tisku. (Chvála V. , Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci, 2009) Pomáhali jsme aktivně lokalizaci učebnice základní psychosomatické praxe německých autorů. (Tress W. K., 2004)

c) fáze expertní od r. 2000 dosud

Třetí fázi můžeme sledovat od zlomu tisíciletí. Stále ještě neexistoval obor psychosomatická medicína, ale tým byl oficiálně poskládan z čtyř jasných oborů: sexuologie, psychiatrie, klinické psychologie a rehabilitace. Finanční stabilita a stavební úpravy šly ruku v ruce se stabilizací týmu. Příchod mladších kolegů, především MUDr. Aleše Fürsta, Mgr. Petra Moose a MUDr. Vinduškové, přinesl nezatížené postoje a novou energii. Pracoviště bylo vyhledáváno pacienty a respektováno kolegy. Kolegové, kteří v této fázi přišli, obohatili tým o nové možnosti. Byli jsme si jisti svou věcí, a větší jistota zlepšovala výsledky. Pokud jsme měli obtíže, pak spíš v nedostatku času, protože jsme byli všichni hodně vytížení nejen kolem pacientů, ale také ve výuce. Otevřeli jsme další výcviky a kurzy, organizovali konference a kolokvia jak pro psychosomatickou medicínu, tak pro rodinné terapeutky. Poskytovali jsme supervizi a podporu dalších pracovišť. Po odchodu Mgr. Petra Moose procházel tým krizí, jejímž výsledkem byla pravidelná supervize týmu. Během druhé fáze jsme dokončili profesionalizaci pracoviště při zachování otevřenosti a tvořivosti.

Étos heroického období jako by prosakoval a ovlivňoval i nejmladší generaci týmu, možná ji už i otravoval. Rutina, kterou profesionální přístup s sebou nutně nese, může někdy bránit



skutečnému setkání s pacientem. Vzpomínky na dobu, kdy jsme improvizovali a byli pacientům k dispozici téměř bez bariér, měly někdy charakter nostalgie, byly však také důležitým korektivem. Myslím si, že díky tomu jsme objevili důležitý *paradox expertního přístupu*. Je mimořádně obtížné, aby expert, ten, který toho hodně ví o určité speciální oblasti, vstoupil do skutečného dialogu s člověkem, který

toho ví o oboru málo. To může být neuvědomovaná past většiny specialistů, kteří věří, že pacient k nim přichází proto, že neví, a proto chce radu. V jednoduchých případech to také bohatě stačí. Ve složitých bio-psycho-sociálně vyvážených případech je expertem na větší část své reality sám pacient a my můžeme být nanejvýš experty na vedení dialogu. (Anderson, 2009)

25 LET ZMĚN

Co se tedy změnilo za 25 let na naší práci?

Měli jsme možnost se 25 let věnovat všem možným chronickým způsobům stonání v jakémkoli věku, u dětí, mužů i žen, protože jsme nebyli vázáni žádným oborem. Díky tomuto uspořádání jsme měli mimořádnou příležitost vidět kontexty nejružnějších poruch (včetně poruch chování) a chorob, které jsou považovány za víceméně psychogenní (poruchy příjmu potravy, neuralgie, neuropatie), ale i vyloženě somatické (např. epilepsie, astma, kožní alergie, diabetes mellitus, chronické nemoci jater, porucha krvetvorby, zástava růstu, předčasná puberta, sterilita, nádory). Pracovali jsme na hranici somatické medicíny, psychiatrie a sociálních služeb a ověřili jsme, že tato hranice je plná možností. Rozhodující není úzká specializace odborníka, ale ochota k setkání a široký rozhled. (Chvála V., Některé možnosti psychoterapie v somatických oborech., 1999)

Původně jsme se nechtěli specializovat na žádnou konkrétní diagnózu. Zajímal nás spíše způsob stonání než speciální nemoc. Ověřili jsme si, že s některými tradičními psychosomatózami se pracuje lépe a s některými hůře. Máme například dobrou výbavu k práci s astma-

tickými dětmi, ale protože mají specializovanou alergologickou péči, a protože víme, jak obtížné je pro rodiče přijmout rodinnou terapii, nevnučujeme se s našimi postupy. (Chvála & Trapková, Některé psychosociální aspekty bronchiálního astmatu, 1996) Jiné je to s nemocnými, které nikdo moc nechce, jako jsou poruchy příjmu potravy. V nich jsme se stali vyhledávaným pracovištěm, a my je nepovažujeme za obtížné. Z hlediska rodinné terapie je situace obvykle dobře přehledná a úspěšnost vysoká v relativně malém počtu sezení. Tyto rodiny nás také hodně naučily. (Trapková & Chvála, Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let., 2000)

Odstranili jsme překážky v kontaktu s pacientem. Ze všeho nejcennější je čas, po který s ním můžeme být. Ten je samozřejmě omezený kalendářem a časem, který je nám ochotná pojišťovna zaplatit, což není zrovna mnoho. Část naší profesionality spočívá v tom, že vytváříme pro pacienta dojem, že na něho máme dostatek času. Zápis o konzultaci je osobním deníkem terapeuta, slouží především jemu. Ať už k tomu, aby odložil tíživý materiál po konzultaci, nebo aby si připomněl



minulé sezení před dalším setkáním. Pro pacienta je velmi důležité, aby byl terapeut v obraze, pamatoval si, o čem spolu jednali. Jakákoli pouze formální dokumentace je nejen zbytečná, ale doslova škodlivá.

Respektujeme diagnostický manuál, ale není pro nás rozhodující. Z hlediska rodinné terapie je manuál, orientovaný výhradně na individuální organismus, malou oporou. Byly sice činěny pokusy vytvořit systém vztahových diagnóz, ale v praxi se nepoužívá. (GAPCF, 1989) Symptomy ceníme jako důležité signály a někdy i nouzové řešení složité situace. Symptom je často to jediné, co rodinu drží v terapii. Podstatnější pro jeho odstranění je změna v celém systému. V tomto přesvědčení jsme se rozhodně upevnili.

Ukázalo se, že nelze se vším pracovat jen v modu rodinné terapie. Na konceptu krátké terapie jsme trvali především proto, aby kapacita pracoviště byla co nejvyšší, abychom stačili rozsáhlému terénu. Věděli jsme, že pacientů, kteří by naši péči potřebovali, je ve spádové oblasti mnoho. Pokud jsme chtěli dokázat, že naše pracoviště je pro terén užitečné, nemohli jsme se spokojit s malou kapacitou. K té by nutně vedly metody dlouhé individuální psychoterapie. Rodinná terapie je ale velmi užitečná při práci s dětskými pacienty, s dospívajícími nebo tam, kde stagnuje separační proces. Pokud dojde k obnově pohybu rodiny, a přesto symptom zůstává, je vhodnější předat pacienta do individuální nebo skupinové psychoterapie.

Pochopili jsme, že pacienti potřebují mít osobní vztah, proto jsme nakonec nešli cestou stacionáře se skupinou či komunitou, kde by tým pracoval do jisté míry společně. Každý člen týmu má dnes svou ordinaci, své klienty, máme

společnou dokumentaci, ale uvažujeme, hypotetizujeme, navrhujeme řešení nebo si pacienty předáváme na semináři. Máme supervizi týmu. Segment tělové terapie je ale stále příliš malý, dominuje v něm akupunktura. Rozšířili jsme jej o segment EAV a homeopatie díky MUDr. Dagmar Novákové Ryšánkové. S tím nám přeci jen přibyly do rukou prostředky, které někdy dělají zázraky, ať už se to děje jakkoli. Zdá se mi důležité, že se členové týmu vzdělávají také v metodách, se kterými přímo nepracují, například právě v homeopatii nebo tělové terapii. Mohou se tak lépe společně domlouvat nad pacienty. Nebezpečí podobných pracovišť, orientovaných na psychoterapii je v tom, že postupně převáží psychoterapie a zase nebude prostor pro vyložení psychosomatické pacienty. S tím jsme se potýkali opakovaně. Je to tak proto, že psychoterapeut skrze svou terapeutickou metodu má dojem, že rozumí symptomům pacienta, a je v pokušení ho přimět k tomu, aby to taky viděl tak. Když to pacient nechce nebo nemůže vidět podobně, nesedí mu psychoterapie, hledá metodu, která by ho nenutila ke změně pohledu, ale k odstranění příznaku. Proto jsou tak potřebné tělově orientované psychoterapeutické techniky, kterých je ale v ČR tak málo. ¹ (Boadella, 2011)

Rezignovali jsme na exaktní výzkum, který byl původně naší ambicí. Chtěli jsme, aby byl samozřejmou součástí terapie, ale aby jí v žádném případě nepřekážel. K tomu účelu jsme vytvořili sofistikovaný informační systém, ve kterém jsme sledovali řadu parametrů popisujících terapeutický proces, lokalizaci symptomů, některé psychologické

¹ Bioenergetika, biosyntéza, osteopatie, reichiánské techniky, Schmidtova bioenergetická práce s tělem atd.



testy, pulsovou diagnostiku (ze systému akupunktury), narativní hypotézy, atp. Program umožňoval analýzu textu z hlediska časové osy, podobné editory začaly být ve světě používány až později. Měli jsme k dispozici grafickou stránku, která nabízela souhrnně pohled na pacienta, na počet sezení, jejich frekvenci a vývoj terapeutického vztahu v čase. Sledovali jsme vývoj všech pacientů souhrnně, jak často a jak dlouho který pacient chodí, což umožňovalo cílený výběr pacientů ke společnému semináři. Program jsme řadu let používali (až do r. 1997), představili jsme ho na psychoterapeutické konferenci v Luhačovicích. (Chvála V. , Použití výpočetní techniky při sběru dat v komplexní terapii. Referát na 18.celostátní psychoterapeutické konferenci v Luhačovicích, 1991) Protože v té době nebyl ještě zdaleka dostatek pracovišť, která by s námi mohla podobný program komplexní terapie sdílet, nebylo možno dále program rozvíjet a udržovat. Programátorské firmy vedly na trhu zuřivý boj o zákazníka a nejspíš proto se neustále měnil datový interface pro kódy pojišťovny. Rychle se vyvíjel hardware a operační systémy, takže nebylo možné s vývojem držet krok především z finančních důvodů. Ukázalo se však, že zkušenost, kterou s mnoha pacienty a jejich rodinami uděláme, je z hlediska poznání nejméně tak dobrá, jako

ZÁVĚR

Zpětně viděno, otevření pracoviště pro psychosomatické pacienty pod odborníkem pro všeobecné lékařství na konci osmdesátých let minulého století se jeví jako heroický čin, a lékařům, kteří usilují o stále užší specializaci, se může zdát nepochopitelný. Naše cesta byla právě opačná, co nejvíce rozšířit zorné pole.

klasicky postavený výzkum, jehož metodologie je široce respektovaná, ale značně narušuje terapeutický proces a proto může být eticky problematická. Hlavní problém takového výzkumu podle nás je, že musí složitou situaci pacienta zjednodušit tak, že se většinou ztratí podstatné faktory zkoumaného jevu a solidní dvojitě slepá studie se může stát slepou úplně. Náš výzkum je postavený na přímé zkušenosti, na důvěrném setkání s rodinami. A zkušenost s více než 20 tisíci pacienty už něco znamená.

Nerezignovali jsme na výuku. Na rozdíl od podobného vídeňského pracoviště jsme se s naší metodou netajili, naopak, trvale jsme podporovali vznik podobně orientovaných pracovišť, na kterých pracuje dnes už celá řada našich žáků. Dva instituty, které na pracovišti vznikly, organizují sebezkušenostní trénink dvouletý, i pětiletý. Seminář o časové ose je trvale obsazený, prošlo jím nejméně tisíc kolegů a kolegyň. Rozvinuli jsme několik typů komplexních vzdělávacích programů akreditovaných pro zdravotnictví a to ruku v ruce s tím, jak byla u nás psychoterapie postupně institucionalizována. Čtyřletý výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch běží už svým pátým během. (Trapková L. , Zpráva o výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci, 2013)

Chtěli jsme se zbavit všech formálních omezení, abychom mohli pracovat s celou rodinou. Teorii, která je v psychosomatice mimořádně bohatá, jsme chtěli proměnit do konkrétního činu. Je možné, že i pro naše učitele – teoretiky a filosofy – byl náš pokus překvapením a sledovali ho s pochyb-



nostmi a zatajeným dechem. Díky mimořádným okolnostem a dobré teoretické přípravě se podařilo zakotvit pracoviště v systému zdravotní péče Libereckého kraje. Soustředili jsme se na náročnou část nemocných s chronickým neinfekčním nezhooubným onemocněním, která dosud neměla v systému naší zdravotní péče své místo. Přitom je to ta část zdravotně postižených, která v celé Evropě rychle roste a silně zatěžuje zdravotní systémy, a i jinde hledají cesty, jak tomu čelit. (Matalon, 2002) Nikdy jsme se netajili se svým způsobem léčby, byli jsme vždy otevření a naše zkušenosti jsme předávali dalším zdravotníkům. Díky tomu vznikla řada dalších pracovišť – základ sítě psychosomatické medicíny v ČR. Byli jsme za 25 let k dispozici více než dvaceti tisícům obyvatel z široké spádové oblasti.

Pomáhat lidem je jistě záslužná činnost. Uspokojení z takové práce jsme mohli mít každý ve svém oboru, v gynekologii, stomatologii, psychiatrii, poradenství,

rehabilitaci. My jsme se ale rozhodli věnovat pacientům nejobtížnější léčitelným. Těm, kteří v každém oboru zbudou jako crux medicorum. Proč vlastně? Chtěli jsme být nejlepší? Náš skrytý kontrakt můžeme dnes již zveřejnit. Chtěli jsme dokázat, že to jde. Naše práce se měla stát argumentem pro prosazení psychosomatické medicíny do systému zdravotní péče, když řada teoretických prací jako argument nestačila. (Uexküll, 2003) A to se také po 25 letech skutečně podařilo. Psychosomatická medicína byla zařazena do Vyhlášky 185/2009 MZd. o dalším vzdělávání zdravotnických pracovníků jako nástavbový obor, a tak získala své legální místo v systému zdravotní péče. Stavba oboru tím ale teprve začíná. Není to však obor jako každý jiný. Chtěli jsme změnit medicínu, ale změnili jsme se my sami.

V Liberci 29. 8. 2014

CITOVANÁ LITERATURA

1. Anderson, H., 2009. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: N. C. Publ..
2. Bateson, G., 1988. *Mind and Nature: Necessary Unity*. New York: Bantam Book.
3. Boadella, D., 2011. *Wilhelm Reich: průkopník nového myšlení*. Praha: Malvern.
4. DeShazer, S., 1982. *Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach*. New York: Guilford.
5. Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M. & al., e., 1999. Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics*, 40 (4), pp. 330-338.
6. GAPCF, (. f. t. A. P. C. f. f., 1989. The challenge of relational diagnoses: Applying the biopsychosocial model in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry* 145, pp. 1492-1494.



7. Gjuričová, Š. & Kubička, J., 2003. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
8. Hiller, W. & all., e., 2004. Effects and cost-effectiveness analysis of inpatient treatment for somatoform disorder. *Fortschr. Neurol. Psychiatr. No.72*, pp. 136-146.
9. Holmes, T., 1978. Life situations, emotions and disease. *Psychosomatics*, 19, pp. 747-754.
10. Honzák, R., 1989. Ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických oborů. *Praktický lékař*, pp. 95-97.
11. Chvála, V., 1984. Partnerský konflikt jako možný zdroj gynekologických potíží. *Čs. Gynek.*, 5.
12. Chvála, V., 1986. *Šest let práce psychosomaticky orientované ambulance na ženském oddělení NsP Liberec. Přednáška na 4. celostátní konferenci psychosomatiky a psychofyziologie Hradec Králové.*
13. Chvála, V., 1988. Co je obraz nemoci? *KONTEXT*, 1, Issue 1, pp. 21-31.
14. Chvála, V., 1991. *Použití výpočetní techniky při sběru dat v komplexní terapii. Referát na 18.celostátní psychoterapeutické konferenci v Luhačovicích*
15. Chvála, V., 1992. Radikální konstruktivismus a lékařská praxe. *Prakt. Lékař.*
16. Chvála, V., 1995. Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext*, XI, č.2,, pp. str. 26-31.
17. Chvála, V., 1999. Některé možnosti psychoterapie v somatických oborech. *Praktický lékař*, V.
18. Chvála, V., 2009. Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *PSYCHOSOM*, 2, pp. 93-103.
19. Chvála, V., Knop, J., Bauer, J. & Štuplová, I., 1990. *Behavioral medicine as part of complex therapy. Poster. 1.international Congress of Behavioral medicine Uppsala, Sweden, Uppsala*
20. Chvála, V. & Trapková, L., 1995. Externalizace – nový nástroj psychosomatiky. *Praktický lékař.*
21. Chvála, V. & Trapková, L., 1996. Některé psychosociální aspekty bronchiálního astmatu. *Praktický lékař*, 12, Svazek 76, pp. 617-620.
22. Chvála, V. & Trapková, L., 1996. Rehabilitace jako součást komplexní terapie psychosomatických pacientů. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2, Svazek 3, pp. 86-88.
23. Chvála, V. & Trapková, L., 2002. Možnosti výuky zdravotnicích pracovníků v oblasti psychosomatiky. *Zdravotnické noviny*, 3, Svazek 3, pp. 20-21.
24. Chvála, V. & Trapková, L., 2008. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.



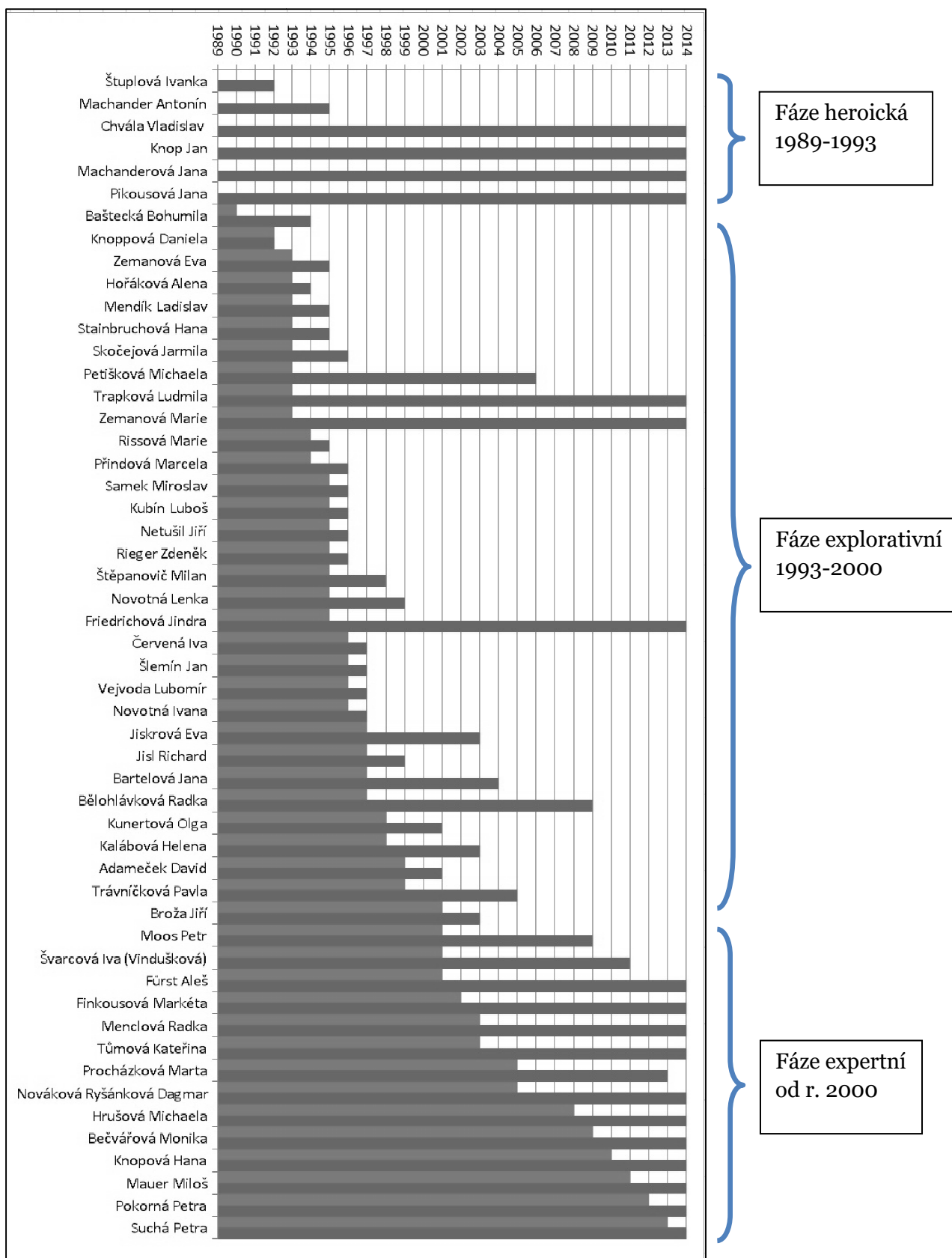
25. Marner, T., 2000. *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
26. Matalon, A. N. T. R. S. M. B. H. J., 2002. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract.* 19, pp. 251-256.
27. Maturana, H. R., 1982. Erkennen: Die organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. V: *Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*. Braunschweig
28. Neubauer, Z., 1979. *Deus et natura*. Praha: Nové cesty.
29. Neubauer, Z., 1988. *Cesta za smyslem bytí a poznání*. Praha, ZP ČSVTS při VPZVÚ.
30. Neubauer, Z., 2001. *Smysl a svět*. Praha: Vize 97.
31. Siegel, D. J., 2012. *The Develping Mind*. New York: Guilford Press.
32. Trapková, L., 1995. Příklad s teplotami (Externalizace). *KONTEXT XI/1*, Svazek XI.
33. Trapková, L., 2013. Zpráva o výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci. *PSYCHOSOM*, 4, Svazek 11, pp. 114-128.
34. Trapková, L. & Chvála, V., 2000. Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. *Prakt. lékař 80/9*, pp. 519-524.
35. Trapková, V. & Chvála, V., 2004. *Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.
36. Tress, W. K. J. O. J., 2004. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
37. Uexküll, T. v., 2003. *Psychosomatische Medizin, 6.vydání*. München, Jena: Urban & Fischer.
38. White, M. & Epston, D., 1990. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W.Norton.

Do redakce přišlo 29. 8. 2014

K tisku přijato po recenzi 15. 9. 2014



TABULKA 1: KDO KDY PROŠEL SKT?



FRIEDRICHOVÁ J.: MOJE OSOBNÍ ZKUŠENOST VE STŘEDISKU KOMPLEXNÍ TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI

Počátkem léta mě oslovil Vláďa Chvála, že se chystá vydat k 25. výročí existence SKT sborník. A jestli nechci také něco napsat, když tu pracuji tak dlouho. Odpověděla jsem mu tenkrát, že bych asi měla. Cestou domů jsem si však uvědomila, že „Středisku“ něco dlužím. A že bych vlastně chtěla. A protože neumím a ani nechci psát odborný článek, pojmu to jako osobní výpověď.

Chtěla bych popsat svůj příběh, jak jsem se stala lékařkou psychosomatických pacientů. Je to jednak osobní svědectví, současně v něm vnímám i obecnou rovinu. Osou příběhu je specifická proměna lékaře od pevného systému univerzitních jistot (tedy vnějších) přes logicky nutný chaos a nejistotu (protože se otevře pole nekonečných možností – „i takhle to může být“) k postupnému utváření nového „systému“ vnitřních jistot, který se opírá hlavně o psychoterapeutickou sebezkušenost, supervizi a získávání jistoty díky sdílení zkušeností na případových seminářích s kolegy. SKT v něm hrálo nezastupitelnou roli.

V SKT jsem začala pracovat před 19 lety, ale s koncepcí jeho zakladatelů (tehdy velmi netradičním přístupem k pacientovi a stonání) jsem se setkala o něco dříve. Byla jsem tehdy studentkou 5. ročníku Fakulty všeobecného lékařství UK. Studovali jsme již klinické obory a já vůbec nevěděla, jakým směrem v medicíně bych se měla dát. Někde v hloubi mojí duše dřímaly nejasné obavy: Objektivizovat – diagnostikovat – zvolit lék, proceduru, operaci... osvědčený postup, jak pacienta zbavit příznaku (=jak pacientovi vzít příznak či jak

pacientův příznak potlačit, popř. se o to alespoň pokusit). Je to ono? Není to vlastně už „jen“ hašení následků?

Klíčovým momentem pro mě bylo vyslechnutí kazuistiky na lékařské Purkyňce. Vláďa Chvála tenkrát přednášel o jakési rodině, kde dospívajícímu synovi vypadaly vlasy. V kontextu rodinného systému to mělo jasnou logiku. Rodové síly v ose babička – matka, kde muži neměli žádné přijatelné místo, tlačily dospívajícího syna do pozice „holátka“ (vlastně jediné bezpečné formy mužské síly v rodě). Léčba probíhala částečným nahlédnutím do souvislostí, z jakého důvodu jsou ti muži ohrožující či nespolehliví, a končila jakýmsi rituálem – pálením fotografie mrtvé babičky... Myslím, že vlasy narostly... Pohledem od „univerzitních jistot“ to vypadá směšně, ale já tenkrát cítila, že to je přesně ono, to za tím. To, co hraje roli dřív, než příznak vypukne, a kam je třeba se vrátit, pokud chceme opravdovou proměnu. Tedy zasáhnout již tendenci k tvorbě symptomu.

Tehdy jsem se rozhodla opustit klasickou medicínu se všemi jistotami, které skýtá. Do Liberce jsem se vypravila na kurs Časové osy. Byla jsem tehdy ke změnám připravena. Najednou se mi jinak otevřel pohled na můj život a začala jsem tušit zdroje vlastní nespokojenosti, nejen profesní, ale i osobní. Pustila jsem se do osobní individuální terapie a psychoterapeutického výcviku. S nadějí, že se dají léčit ty opravdové příčiny. To, co je předtím, než vznikne ekzém, úzkost, nebo žlučníkový záchvat. Že to v tom Liberci dokážou a tak se to od nich budu učit.



Moje představa však byla naivní. Cesta byla daleko delší a spletitá. Když se dnes dívám zpátky, nevím, jestli bych to nevzdala, kdybych viděla dopředu. Nejprve jsem musela zvolit obor lékařské specializace a v něm odatestovat. Zvolila jsem psychiatrii. Neminula mě konfrontace s klasickým přístupem symptom – lék. Zkoušela jsem to jinak, studovala jsem akupunkturu, homeopatii, vedla jsem první individuální psychoterapie a skupinu. Jako nezkušená sekundární lékařka jsem narážela na ty zkušenější kolegy s odlišným pohledem na věc, pochybovala, zkoušela to znovu. A stále jsem udržovala kontakt s libereckým SKT. A říkala si, že po absolvování nutného minima budu dělat tu svou vysněnou práci.

Do SKT k nám přicházejí většinou pacienti, kterým z nějakého důvodu klasická léčba nezabírá. Mají často tělesné obtíže, které nemají objektivní příčinu, proto se na ně také nedají uplatňovat běžné postupy, které u jiných pacientů fungují. Občas přijde někdo, kdo ví, že by chtěl psychoterapii. To je pak o hodně lepší, to je motivovaný pacient a ví, co chce. V době před 20 lety to ale nebyl standart. Od té doby se situace hodně posunula. Dnes daleko častěji přicházejí do léčby lidé, kteří vyhledávají naši péči právě proto, že chtějí víc. Svou nemoc chápou jako krizi. Chtějí jít po hlubších příčinách svého stonání, chtějí rozumět souvislostem. Chtějí změnit zvyky, chování, nahlížení, vztah k sobě, k druhým.

Ale zpátky k začátkům v SKT. Nadšeně, že teď už můžu podle svého přesvědčení, jsem si s pacientem sedala a kreslila časovou osu. Souvislosti se řadily – shora dolů a zároveň vedle sebe. Jak přehledné! Najednou se vylupovaly časové shody životních událostí a rozvoje podivných symptomů. Koukali jsme na to oba, já i pacient. Já jsem kome-

tovala, co vidím, on se často divil a díval se (mnohdy prvně) na nové souvislosti. Jak krásné! Jenže co dál?

Někdy se stalo, že přišel někdo, kdo byl připraven uvidět. Ten pak dal do pohybu změny ve svém životě... Ale v drtivé většině jsme se dívali na ten papír s časovou osou, já kreslila a komentovala, pacient se díval a doplňoval... ale buď to neviděl, nebo zahlédl, ale zase nevědomky zavřel. A pak pasivně očekával, co se stane. A já najednou neměla ani lék, ani proceduru, ani operaci. Ocitla jsem se v nejistotě a zmatku, neboť jsem opustila bezpečný rámec: objektivizovat – diagnostikovat – zvolit daný postup (to jsme se učili ve škole, další se doplňuje praxí). Těžká situace. Teprve teď na mě plnou vahou dolehly následky mého rozhodnutí. Měla jsem k dispozici psychoterapii. Jenže o tu pacient často nestál. Má přeci ty tělesné obtíže.

A tak se rozběhla ta mravenčí práce. Získat nemocného k chuti a motivaci objevovat souvislosti stonání se způsobem jeho života, emočním prožíváním či vztahy k druhým a k sobě. Pomoci překlomit jeho pasivní bezmoc v aktivitu a odpovědnost za sebe a své chování. A pak s ním po té cestě dlouho jít. Provázet ho při objevování vlastního přístupu ke změnám, tedy vlastní moci v nemoci. Vydržet s ním krize, když to nejde. Anebo alespoň hledat a podpořit stabilitu v systému, kde nemoc zajišťuje jedinou možnou rovnováhu.

Při tomto způsobu práce jsem se nemohla opírat o žádný vnější obecně platný či objektivní systém, který (možná iluzorně) nabízí pocit jistoty: „tak je to správně“. Ke každému příběhu bylo potřeba postavit se s co největší otevřeností a za fakta považovat to, co subjektivně prožívá pacient. Až postupem času jsem pochopila, že



zdrojem jistoty mi může být jediné moje vnitřní zkušenost. Že vím, co se se mnou v terapii děje, rozpoznávám, co cítím, a důvěřuji tomu. Teprve o mou jistotu se pak může opírat pacient. Učit se věřit, že může být v pořádku, když cítí, co cítí. Že věci má tak, jak je má. A že by třeba potřeboval, aby něco bylo jinak. A z toho může pomalu růst vědomí jeho vlastní hodnoty a cesta k tomu, aby se dovedl v životě starat o sebe tak, aby mu bylo lépe.

Na této cestě k vnitřní jistotě velmi dobře zafungovalo právě SKT. S kolegy, kteří smýšleli podobně, jsme se pravidelně setkávali na kazuistických seminářích a supervizích, vzájemně si ujasňovali své postoje, obohacovali se o své pohledy. Zde jsem měla vždy, když to bylo třeba, podporu. Byli jsme na jedné

lodi. Přestože se občas tváře kolegů měnily, lidé přicházeli a odcházeli, podpora a pocit sounáležitosti přetrvával.

Co tedy dlužím? Poděkování všem, se kterými jsem se potkala, nebo dodnes potkávám, kteří mě obohatili, podpořili. Většinou to bylo právě na půdě SKT. Uvědomuji si, že bez všech těchto vztahů – a to byla právě ta nenápadná záchranná síť jistot v období mých nejistot – by cesta k této proměně šla mnohem hůř, možná vůbec ne. A za tuto zkušenost děkuji.



V Maršovicích
23. 7. 2014
MUDr. Jindra
Friedrichová

FÜRST A.: 25 LET SKT V LIBERCI – PŘÍLEŽITOST K OSOBNÍMU ZAMYŠLENÍ

Uchopím toto úctyhodné výročí subjektivně (jak jinak), po svém...

Jsem součástí „eskátéčka“ už třináct let. Kladu si otázku proč.

Například proto, že je v něm možné ledacos, ledacos se do něj vejde, ledaskdo se do něj vejde, ledaskdo do něj vejde, vchodem personálním i vchodem hlavním (pro klienty a pacienty). A ti, kdo z něj vycházejí (vchodem personálním i vchodem hlavním), vycházejí často jiní, proměnění. Někdy jen drobně, nepostřehnutelně, jindy zjevně, zřetelně. Proměna to bývá občas k lepšímu. A to je dobré, to mě baví, to mě těší, to mě uspokojuje.

Už třináct let jsem součástí eskátéčka. Proč?

Protože když Vlád'a chce článek do Psychosomu, mohu napsat toto :-)...

Ledaskdo s ledasčím se vejde. A když se dobře vejdu pomáhající, terapeuti a spol., vejdu se jim pak dobře i pacienti. A jen pacientům, kteří se nám vejdu, jsme schopni opravdu pomoci...

Když jsem odcházel z nemocnice do střediska a dozvěděl se to jeden vážený kolega z interny, kde jsem kdysi začínal, vzal si mne stranou a varoval mne před tím, že je Chvála šarlatán. Jako lékař jsem toho internistu tenkrát respektoval, ale můj osobní dojem ze setkání s Chválou byl jiný, dobrý. A má důvěra a pozitivní očekávání se naplnily. Dnes jsem si dokonce jist, že ve skutečnosti tomu je naopak. Většina somatických



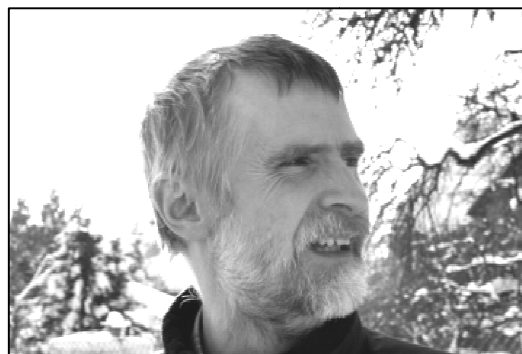
kolegů je ponořena do stále hlubších, a přitom se zužujících vod svého oboru, a aniž tuší, uvádí své pacienty ve fatální omyl, kterému sami věří: že odhalují příčiny jejich nemocí a léčí je. A přitom ve skutečnosti odkrývají pouze mechanismy stonání a zacházejí s příznaky. Zkoumají a řeší „jak“, a nikoli „proč“. A dobře tak. Na poli akutní péče nepochybně zachraňují životy. Kdo se ale chce přiblížit hlubšímu porozumění tajemství vlastního zdraví a nemoci, ten v nemocnici neuspěje. V eskátěčku usilujeme o to, aby dostal alespoň příležitost.

Jaké tedy shledávám osobní důvody, proč stále zůstávám ve středisku a rád, přestože si za stejnou práci ve vlastní ambulanci vydělám nezanedbatelně víc? No samozřejmě proto, že chci. Cítím se tam dobře a obohacuje mne to. Takže jedním z hlavních důvodů je kolektiv, který se tam podařilo Vládovi vytvořit. Umožňuje týmovou práci, když je třeba, poskytuje prostor, ve kterém lze nalézt úlevu, sdílet, být podpořen i oceněn. Je to místo, kde panují tak nějak přirozeně vysoké etické standardy práce, skutečná, ne jen deklarovaná úcta k pacientům a jejich příběhům. Charakteristické je úsilí o poctivý odborný, o vědecké poznatky opřený přístup a zároveň respekt pro fenomény, které zatím nejsme schopni uchopit i které jsou možná neuchopitelné. Vážím si otevřenosti, schopnosti sebereflexe všech kolegyň a kolegů včetně těch nejstarších a nejzkušenějších, jejich ochoty k diskusi, pokory, respektu k odlišným názorům.

Všem nám to umožňuje maximálně těžit z týmové i případové supervize, která se ve středisku zabydlela již jako neodmyslitelná součást naší profesionality.

SKT je pro mne důležité též jako materiální, personální a ideová základna pro dva výcvikové instituty. Poskytuje nezbytné zázemí psychoterapeutickým výcvikovým programům, ve kterých máme cennou příležitost pomáhat přípravě mladších kolegů na náročnou práci a sami se touto zkušeností proměňovat a zlepšovat.

Mou největší osobní frustrací v dobře fungujícím středisku je stále rostoucí množství pacientů, které jsme nuceni z kapacitních důvodů odmítat. Proto bych nám do dalších let nejvíce přál mnoho dobrých „konkurenčních“ zařízení.



Vypadá to jako nedůvěryhodný přihlouplý reklamní leták, ale nemohu si pomoci, vidím to tak, tak to prožívám.

V Liberci v září 2014



TRAPKOVÁ L.: JAK JSEM SE PŘIDALA A JAK VIDÍM SKT DNES

V lednu 1993 mi zavolal nějaký Chvála, že mě slyšel referovat na kolokviu na Horní Palatě, abych prý šla dělat rodinnou terapii do Liberce. Dva měsíce předtím, v říjnu 1992 jsem otevřela nestátní zdravotnické zařízení Ordinaci klinické psychologie v Praze a poprvé v životě jsem si mohla vybírat pacienty i spolupracovníky podle svého. Dojíždění do Liberce mi připadalo v první chvíli jako nesmysl. Ze zvědavosti jsem svolila, že se do Liberce podívám. Smluvili jsme se na práci jednou za dva týdny a nejvýš do prázdnin. Na Chválu jsem měla dvě matné vzpomínky, které způsobily, že jsem rovnou neodmítla. Na konferenci sociální psychiatrie v Kroměříži v roce 1988 vystoupili v diskusi dost ostře proti sobě dva gynekologové, můj spolužák z dálkového studia psychologie P. Čepický, a do té doby mně neznámý V. Chvála. Ten Chvála nemluvil špatně. Druhá vzpomínka už je konkrétnější a vracíme se k ní pokaždé, když se nás ptají, jak jsme se potkali. Chvála napsal článek „O ucpané mléčné žláze“, ve kterém se ke svým gynekologickým pacientkám vyjadřoval tak nemilosrdně, že jsem se do něj pustila dopisem, proč tak nespravedlivě nasazuje na přetížené matky. Já měla z dětské psychiatrie opačnou zkušenost, potýkala jsem se s chyběním otců ve výchově a tím pádem také v léčbě dětských psychiatrických pacientů. Až později jsme se shodli, že matka a otec jsou každý sám jen poloviční rodič. Od té doby jsme nepřestali ze dvou stran, lékařské a psychologické, mužské a ženské, přes tu pomyslnou hranici zkoumat rozdíly mezi mateřstvím a otcovstvím a došli jsme k poněkud triviálnímu závěru, že dva jsou víc než jeden. Méně triviální byl objev, že každý může být jen tak dobrým rodičem,

jak dobrým rodičem je ten druhý, a že jedna a jedna je jedna.

Jistili jsme naše společné pacienty ze dvou odlišných modů zprvu jednou za dva týdny, později jednou týdně, a tak to zůstalo doposud. Přicházeli jsme na výhody práce v páru s náročnějšími případy rodin s psychosomatickým příznakem. Byla jsem zvyklá pracovat s rodinným kontextem a s psychosociálními okolnostmi stonání, ale nové bylo, že jsem začala být pozorná i příznakům somatickým. Podstatnějším se mi stal význam symptomu, jedno jakého, v dění rodiny. Přestala jsem považovat poruchy jejího „hardwaru“ za čistě lékařskou doménu, i když samozřejmě do jejich řemesla jsem se jim nikdy nepletla a úctu k jejich umění jsem neztratila. Tehdy se u nás hromadily rodiny s poruchou příjmu potravy. Právě tyto rodiny nás hodně naučily. Oba, Chvála i já, jsme byli vybaveni dovednostmi rodinné terapie, se kterou jsme měli už předtím poměrně dlouhou zkušenost. Vláďova gynekologická praxe a moje vzdělání v individuální a skupinové terapii včetně vzdělání matematického, se nám také dobře hodily. Díky změnám po roce 1989 jsem se přestěhovala z dětské psychiatrie do privátní pražské ordinace, ve stejné době slavilo Středisko komplexní terapie tříleté výročí svého založení. Za ty tři roky tam vznikl první tým lékařů, psychologů a zdravotních sester, ke kterému jsem se opatrně připojovala, jako se člověk přidává k hotovému. Pražskou ordinaci si zachovávám dodnes. Důvodů osobních i pracovních je víc, ale tím asi nejpodstatnějším je obava, aby se naše dvojčediná práce neslila v jednu, pořád si ponechávám vlastní styl práce. Vláďa se při práci s rodinami pohybuje více na interperso-



nální rovině, já využívám také intrapsychických fenoménů v nevědomí rodiny. Společně se dobře doplňujeme. Přejíždění z Prahy do Liberce a naopak je pro mne jako dýchání. Sama - v týmu, sama - v týmu, ...

Nezažila jsem za celých 22 let, že bych se do SKT netěšila. Každé období vývoje týmu bylo krokem ve směru k profesionalizaci společné práce. Chvála popisuje první období po založení SKT jako heroické. Podle mne to byla revoluce ukrytá v revoluci roku 1989. Ve stínu politických změn si málokdo z mocných všiml Chválovy revoluce na půdě zdravotnictví. Chválovi nešlo o moc, ale o to, aby jeho práce měla smysl. V tom jsme se všichni, kdo v SKT pracujeme, shodovali. Říká se, že revoluce žere své děti a že vůdci by měli zemřít, aby jejím výdobytům v mírových dobách neškodili. Chvála zůstal revolucionářem mírného pokroku a dělníkem psychosomatiky po celých 25 let. SKT nejen prosadil, ale je jeho hlavním tahounem dodnes. Předpokládám, že SKT skončí s Chválovým zánikem. Nemyslím, že by to byl smutný, nebo dokonce tragický konec, pokud by se tak stalo. Jako rostlina, která se vysemení a sama zaniká, po případném ukončení činnosti SKT budou nejen přímí pokračovatelé, kteří už dnes pracují v nejrůznějších organizacích po republice, kde se o rozvoj psychosomatiky ve zdravotnictví pečuje. SKT už také zdaleka není jediným psychosomatickým pracovištěm u nás a Chvála není jediným šéfem, pro kterého má tento způsob léčby smysl, přestože se asi nikdy nestane zlatým dolem. Chvála vybuodoval v SKT klíčový argument pro nevěřící Tomáše, kteří si nemohli pamatovat jeho předchůdce, že psychosomatika má ve zdravotnictví své místo a od letošního roku má už dokonce i oporu v zákoně.

Tým SKT se proměňoval a zrál, a na rozcestích nebývalo předem jasné, kudy se vydá dál. Jedna z původních myšlenek, že bychom byli pracovištěm rodinné terapie, se ukázala jako nerealistická, rodinných terapeutů nebylo na takový projekt v oblasti dost. Brzy jsem pochopila, že kdyby se tak bývalo stalo, byli bychom jako každá monokultura o něco podstatného chudší. Začleňovali se kolegové, kteří měli SKT v dosahu svého bydliště, a tak se tým tvaroval víceméně cestou přirozeného výběru. Zdálo se mi, že Chvála přijímá téměř každého, a ten se buď uchytil anebo odešel. Většina těch, kteří SKT prošli, tam nechala svou stopu. Neměli jsme žádné uvaděče, kteří by nováčky zaškolovali. Ten, kdo přišel, začal rovnou pracovat a chodit na společné semináře. Dělal to, co uměl odjinud a tým tím obohatil. Považuji za podstatné a charakteristické, že si tady každý zachoval svou vlastní identitu. A přece vždy záleželo na tom, jestli je v něm také duch sounáležitosti s ostatními, kde jsme si vlastně kromě Chvály nikdo nikoho tak úplně nevybral. Zůstávali jsme pravděpodobně věrní právě duchu tohoto společenství, které mělo a má sice ve štítu šéfovo jméno, ale ve skutečnosti se tu hierarchie dodržuje s jakousi skrytou samozřejmostí a především dobrovolně. Chceš zůstat? Fajn. Chceš odejít? Taky fajn. Každý psychoterapeutický tým se potýká, jak jsem mohla několikrát zažít, s problémem, jak integrovat štábní kulturu do způsobu spolupráce, která není ze své podstaty hierarchická. V síti horizontálních vztahů se v SKT navíc sdružovali profesionálové odborností tradičně velmi vzdálených. Kromě psychologů jsem se tam setkávala s rozmanitou sestavou lékařů ochotných vést s námi psychology dlouhé diskuse nad případy společných pacientů. Nikde jinde jsem to v takové míře nezažila. Na dětské psychiatrii jsem pokládala za svůj úkol,



kromě přímé klinické práce s dětskými pacienty a jejich rodinami, získávat ke spolupráci i takové lékaře, kteří v osmdesátých letech pokládali psychology za lepší laboranty a o psychoterapii nevěděli zhora nic. Někdy to stálo hodně tiché trpělivosti, aby se somatický lékař nebo psychiatr začal spoléhat na psychologa jako na spolupracovníka, který může i jemu práci ulehčit. V SKT tyto investice do budování dobrých vztahů s neinformovanými lékaři příjemně odpadly, iniciativa tu byla od začátku na obou stranách. Zkušenost s integrováním odlišných odborných jazyků jsme zužitkovali v našich výcvicích a kurzech, kde úmyslně dbáme na heterogenní složení frekventantů, lékařů, psychologů, pracovníků ze sociálních služeb a dalších pomáhajících profesí. Čím větší rozmanitost, tím lépe. Těší mě stále znova přihlížet, jak jsou kolegové překvapováni prostředím, které dialog přes hranice umožňuje. Co víc, ve kterém se také díky nim a jejich zkušenostem odjinud sami rozvíjíme.

Nesmím zapomenout na řadu zdravotních sester a sekretářek. Také ty přicházely a odcházely, některé na mateřskou dovolenou, jiné proto, že se jim stýskalo po „pořádné nemocniční práci“, jiné, že na ně osudy pacientů doléhaly mnohem víc, než tomu jsou vystavovány v klasické medicínské péči. O všech však platí, že jsme se na ně mohli spolehnout. Jsem si jistá, že právě ony vytvářely už u vchodových dveří atmosféru osobního přijetí pro každého sebeproblematičtějšího pacienta dřív, než se tito pacienti mohli dostat do pracovny někoho z terapeutů. Posledních deset let

se tu stabilizovala sehraná dvojice sestřičky Markéty Finkousové a sekretářky Radky Menclové. Už si práci v SKT nedovedu bez nich představit, staly se nepostradatelnými. Nejenže vytvářejí vedle své odborné práce dobrou atmosféru pro pacienty hned po jejich vstupu, ale starají se také o prostředí nás všech tak, že nás nemusí nic rozptylovat a můžeme se plně soustředit na práci s pacienty.

K udržování profesionality pracoviště patří samozřejmě také supervize týmu. Začátky SKT jistil fandící internista a psychoanalytik J.Šimek. V posledních několika letech pečuje o náš tým k naší velké spokojenosti psychoanalytik a supervizor J.Šíkl. V týmu, který vede výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch se opíráme o další výbornou supervizorku rodinnou terapeutku A.Paloušovou.



Všem kolegům za všech těch 22 let, po které jsem s nimi sdílela a stále sdílím tvůrčí dílnu SKT, děkuju a těm dvěma, Markétě a Radce zvlášť.

V Liberci 15.9.2014 L.Trapková



PETIŠKOVÁ M.: ZDRAVICE K 25. VÝROČÍ ZALOŽENÍ SKT

25 let trvání na SKT na tomto světě je zároveň polovinou trvání mé vlastní existence a více méně i dobou mé dosavadní terapeutické praxe. Za tuto dobu se na mém základním postoji k medicíně a potažmo k člověku zdánlivě nic nezměnilo. Až na skutečnost, že *1+1 teoretické* má úplně jinou vnitřní kvalitu než *1+1 prožité*.

„**Co porad mají?**“ Na rozdíl od kolegyně Jindry jsem už během studií měla možnost potkat se s tehdejšími významnými představiteli psychoterapeutických škol (mezi všemi jmenuji alespoň Zdeňka Mrázka, Kamila Kalinu, Helenu Klímovou, Zdenka Riegra, Martina Jarolímka), takže jsem komplexním přístupem byla jaksi odchována a SKT pro mne vždy bylo útočištěm, kde jsem nacházela lidi společného jazyka. Jenom mi přišlo divné, co že to pořád diskutují a bádají, když je to přece všechno takové docela normální a od přírody. Dnes vím, že křičeti, bádati, diskutovati a osvětlovati je stále nanejvýš potřebné a že snahy Vladislava a dalších kolegů, kteří neustrnuli v živlu čisté terapie jako já, ale pustili se do boje se všemi těmi život omezujícími instituty, čelili a čelí konfliktní komunikaci s akademicky kostěnými kolegy a dalšími hydrami nekonečných hlav, nemohou být nikdy dostatečně doceněny. Proto, že ani po 25 letech není na českých odborných, často prestižních pracovištích samozřejmě to, co na provinčním regionálním oddělení našich blízkých sousedů vůbec nemusíte vysvětlovat. *(Např. ve velmi nedávné době jsem byla nucena přihlížet hospitalizaci svého 18letého pacienta v těžké adolescentní krizi na jednom z našich univerzitních pracovišť. Terapie spočívala v tom, že pacient byl*

několik týdnů střídavě přemístován z méně akutního na akutní pokoje podle toho, zda se právě poškozoval kancelářskou svorkou na zápěstí či ne, a v čekání „až zaberou léky“. Matce, domáhající se intenzivnější práce se synem, bylo řečeno, že *v této fázi je jakákoli psychoterapie nevhodná...*). Vysvětlovat je potřeba i z druhé strany, neboť se světem šíří **psychosomatika vulgární**, tedy nespecifický konvolut všelijakých léčebných škol a metod, které většinou vykrádají nejobecnější psychosomatické teze, nejčastěji „symptom jako symbol konfliktu“ či dahlkeovskou „nemoc–cestu“, a v alternativním hávu slibují nějakou zbožštělou terapeutickou metodu, která nabízí, parafrázujíc Bohumilu Bašteckou, „*zdraví instant*“. Někdy nás kolegové z tradičních zdravotnických struktur omylem nasypou do tohoto pytle, a naopak pacienti očekávající „*procházku růžovým sadem*“ jsou námi zklamáni. Většinu mých zkušeností a pozorování v psychosomatické léčbě mi pomohly uspořádat **psychoanalytické teorie**, včetně jejich recentních podob. Ačkoli nemám a nikdy mít nebudu psychoanalytický výcvik, zdá se mi, že velmi srozumitelně dokážou zacházet s jednotlivými rovinami nemoci, o kterých mluví Vladislav ve svém textu, a reálně směřovat naše terapeutické intervence a očekávání. Že jsem se nemusela prokousávat pro mne dodnes nestravitelnými texty, vděčím Marii Zemanové a mé česko-švýcarské kolegyni Monice Bürgi-Kraus, které mi v tom pomohly udělat ten správný žensky praktický pořádek. Ač se tedy identifikuji především psychodynamicky, dozvěděla jsem se před časem k svému vlastnímu překvapení od kolegů na Krizovém oddělení, že moje



intervence jsou pro ně příkladem **systemické práce** – i tady se stopy zřejmě vracejí do SKT. Letitými zkušenosti ověřené chápání lidského psychosomatického fungování má ovšem také své limity. Vstupujeme mnohem snáze do existenčního modu svého/svých patientských protějšků s pocitem, že se pohybujeme ve známé krajině. Nicméně právě proto jsme daleko více ohrožení přehlédnutím specifčnosti situace a jedinečné individuality našich pacientů. Ne vždy mi **zenová hůl/ježčí kůže terapeutické pokory** umožní dostat se do stavu (sebou) „nezaujaté otevřenosti“, kdy je možné fungovat jako médium, resp. katalyzátor pacientova vývojového procesu. To se pak cítím jako *letištní bezpečnostní rám*, pomocí kterého se detekují přítěže bráncí dotýcnému ve vzletu. S tím také souvisí vnímání čehosi, co pracovně nazývám **energetické či informační toky**, tedy toho, čeho se výše zmíněné „vulgární“ systémy tak sebevědomě zmocňují a my, zastánci kritického rozumu, s nimi počítáme jen velmi opatrně a zdrženlivě. Na základě velmi zřetelných signálů vlastního těla zřejmě detekuji, zda terapeutická výměna probíhá či nikoli.

U psychosomatických pacientů velmi často narazím na *neprůchozí kanál*, což je fyzický pocit, který bych dříve řešila naštváním na zabeďněného pacienta či interpretací jeho odporu. Dnes si ve světlejších případech vzpomínám na Janu Machanderovou, buddhistickou meditační praxi, humanistický rogersovský přístup a prostě tak zkouším akceptujícím a kongruentně čekat, zda ke mně nepřijde nějaká ta *cesta od lesa*.

Kdyby snad z uvedeného textu nevyplývalo, že se jedná o **poděkování** všem jmenovaným a nejmenovaným, respektive dynamickému organismu zvanému SKT, tak vám tedy pěkně děkuji. Je to z velké části vaše zásluha, že mne ten každodenní pracovní pohyb, oscilující mezi *háčkováním a bungee jumpingem*, po těch 25 letech pořád baví, obohacuje a překvapuje. A zdánlivě paradoxně drží, doufám, při zemi.

M. Petišková,
Čelákovice 3. 9.
2014



HONZÁK R.: CO STOJÍ ZA ČTVRTSTOLETÝM ÚSPĚCHEM A CO TEDY STOJÍ ZA NÁSLEDOVÁNÍ

„Skutečně objevitelská cesta není zaměřena na hledání nových zemí, ale na získání nových pohledů.“

Marcel Proust

Psychosomatika¹ je slovo vyvolávající velké emoce na jedné straně, a vzbuzující rozpaky na straně druhé. Pojem je osočován, že dualitu duše a těla spíše zdůrazňuje, než aby ji sjednotil, že zanáší do řádné vědecké medicíny nepřijatelnou duchařinu, že si pod ním každý představuje, co chce a co se mu hodí a jsou i takoví, co pod ním vidí osteopatii. Jedině Wikipedie nám fandí a popisuje psychosomatickou medicínu jako interdisciplinární medicínský obor zkoumající vztahy mezi sociálními, psychologickými, behaviorálními faktory a tělesnými pochody a kvalitou života u lidí a u zvířat (konečně někdo, kdo nás nevytrhuje z přirozeného místa v živočišné říši – díky!).

Současné americké pojetí chápe bez výjimky psychosomatiku jako odnož psychiatrie a vymezuje ji způsobem odpovídajícím šílenému firemnímu pohledu manuálu DSM V, jehož smyslem a cílem je prodat co nejvíce psychofarmak. Psychiatrie v USA pozvolna degeneruje v pouhé stanovování diagnózy podle platných kritérií a následném předpisu léků podle stanovené diagnózy. Snahy umožnit preskripci psychofarmak také psycho-

¹ Je zajímavé, že jeho „vynálezce“ Heinroth použil pojem **psychosomatický** všeho všudy pouze jednou, a to ve větě: *Příčiny nespavosti jsou obvykle psycho-somatické; ačkoliv i každá z nich může být dostatečnou příčinou a může sama poruchu spánku vyvolávat.* (viz citaci č.4)

logům a školeným sestřám² nejsou ničím jiným, než logickým pokračováním tohoto perverzního trendu.

To, že psychosomatika z psychiatrie vyšla, nikterak neimplikuje, že se nesmí osamostatnit jako interdisciplinární obor, který si váží svých rodičů, nicméně půjde svou cestou. Už v roli liaison/konzultačního psychiatra jsem v mnoha směrech překračoval hranice psychiatrické specializace a při svých výbojích se setkával a úzce spolupracoval se specialisty oborů jiných. Vzájemně jsme se obohacovali rozšířením pohledů a hlavně osvojením si druhého jazyka, takže jsme se nakonec pohodlně domluvili.

Nevím, jak Vláďa Chvála a Lída Trapková k druhým jazykům došli, pravda však je, že jimi vládnou perfektně. Co víc, postavili v Liberci multilingvální tvrz, a to už před čtvrtstoletím a nedopustili, aby v ní ke zmatení jazyků došlo, což je kumšt. Toto pracoviště totiž leží skutečně napříč všem současným zvyklostem a požadavkům, přesto obstálo, přežilo svého zřizovatele, divoká devadesátá léta, svévoli pojišťoven a další nepřízně a je asi jediné, které beze zbytku splňuje akreditační požadavky na výuku nově schváleného oboru. Jestliže opravdu platí, že překážky jsou ty nepřijemné

² Carlat DJ: *Unhinged. The Trouble with Psychiatry – A Doctor's Revelation about a Profession in Crisis.* Free Press, New York, 2010



věci, které spatříme, když odvrátíme zrak od cíle, můžeme konstatovat, že SKTLIB nejspíš prošlo čtvrtstoletím bez jakýchkoliv překážek.

Ano, je tu cílevědomost, houževnatost, vytrvalost a odolnost vůči jakýmkoli komerčním svodům. To vše má podle mého názoru jednoho společného jmenovatele, který toto pracoviště připojuje ke šňůře těch předchozích a úspěšných. Je to spiritualita, kterou sice nedeklarovaně, zato pevně připojili tvůrci SKTLIB k tak často omílanému, přitom tak málo naplňovanému „bio-psycho-socio“.

Navazují tak na prapodstatu dlouhé psychosomatické tradice. Nevíme přesně, co měl Johann Christian August Heinroth na mysli, když mluvil o hříchu jako o příčině chorob. Rozhodně to nebylo plivání v kostele na zem, snad ani s ním porovnávané cizoložství³. Jako představitel německé romantické školy byl kritikem zplošťující racionalizace osvícenců, jeho přístup je dnes hodnocen jako religiózně antropologický.

„Člověk je více než pouhé tělo a také více než pouhá duše; je celou lidskou bytostí... Ti, kteří chápou své „já“ nejen jako tělesné, ale také duševní bytí, vědí, že není poloviční zdraví, tedy zdraví jedné poloviny jejich celé bytosti... jejich pocit zdraví zahrnuje tělo i duši a cítí se dobře a zdravě jedině ve svobodném a

³ Heinroth viděl hřích jako příčinu psychických chorob. Jeho popis hříchu vychází jednak z protestantského pojetí 19. století a také z přijímaného evropského kodexu etiky a morálky. Jeho pojetí hříchu netkví v jednotlivém činu, ale v několikaletém postupu, který jde proti smyslu uspokojování skutečných potřeb.

In:

http://en.wikipedia.org/wiki/Johann_Christian_August_Heinroth (dohledáno 6.8.2014)

uvolněném naladění jak zevně, tak i vnitřně.“⁴

Helen Flanders Dunbar(ová) vystudovala medicínu jako svou čtvrtou fakultu, předtím graduovala z matematiky, psychologie a theologie. Její úvodní projekt institucionalizace psychosomatické medicíny proběhl pod záštitou newyorské Lékařské akademie ve spolupráci s komisí „Religion and Medicine“ a zaměřil se na shromažďování „psychosomatické“ lékařské literatury a publikací věnujících se vztahu religiozity a zdraví. S podporou několika nadací pak v roce 1939 vyšlo první číslo dodnes prosperujícího žurnálu Psychosomatic Medicine, který publikuje experimentální a klinické studie pojednávající o nejrůznějších aspektech vztahů mezi sociálními, psychologickými a behaviorálními faktory a tělesnými ději u člověka i u zvířat, jehož se stala první šéfredaktorkou. (Psych@somu, pravda, ještě pár let do pětasedmdesátky chybí, ale má dobře nakročeno.)

Trapková s Chválou vědí, že jejich pacienti mají duši a umějí pro ni vytvořit hojivé podmínky. To, jak to dělají, není dost dobře možné vysvětlit, je potřeba to okoukat a nasát. Pravděpodobně způsobem analogickým tomu, jakým se předávají epigenetické informace.⁵ Tady

⁴ Heinroth JCA: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vogel, Leipzig, 1818. – cit. podle: Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H: JOHANN CHRISTIAN AUGUST HEINROTH: PSYCHOSOMATIC MEDICINE EIGHTY YEARS BEFORE FREUD. Psychiatria Danubina, 2013;25(1):11–16

⁵ Na margo těchto úvah ještě něco z původních Heinrothových myšlenek: „Nečistá duše může pošpinit čistou, naopak zdravá a božsky posílená duše může léčit nemocnou ve stejné míře.“ Heinroth tuto schopnost nazval „léčivou silou čisté vůle“, která je nejen darem, ale také „získanou zkušeností“ vycházející jednak z praxe,



udělám malou odbočku do oblasti, která s tím jen zdánlivě nesouvisí:

Takzvané sexování kuřat se provádí na jednodenních jedincích s cílem rozlišit pohlaví pro zařazení do dalšího velkochovu (nebo ne-chovu). Problém je v tom, že pro necvičené oko se pohlaví mezi sebou vůbec neliší. Jak nám sdělují chovatelé, používaná japonská metoda vyžaduje zkušenosti, dobrý zrak a postřeh, jemnost prstů, bystrý úsudek a rychlé rozhodování člověka, který ji vykonává, protože mu projdou denně rukama stovky a tisíce kuřat. Od třicátých let existuje v Japonsku Zen-Nippon Chick Sexing School, kde žáci sledují Mistra bez toho, že by se „dozvěděli“, jak to dělá; napřed ho sledují a pak ho také následují. Jak uzavírá Eagleman⁶, mezi znalostí a jejím plným uvědoměním může být hluboká propast, implicitní může být zcela odděleno od explicitního. Já to považuji za naplnění dávné touhy lidí věnujících se magii: **Summa Scientia Nihil Scire. Nihil Scire – Omnia Posse.**

Neslyšel jsem nikdy, že by se Chvála s Trapkovou označovali za „holistické“ nebo „celostní“ terapeutky, přestože ztělesňují vzorovou ukázkou tohoto pojetí. V systémovém přístupu až do hrdel a statků. Pamatuji se, jak naši imunologové v IKEM – a nebyli to žádní chlupáci z druhé ligy – byli překvapeni tím, že myš se chová (imunologicky) jinak, když je v pokusu sama, než když je obklopena svými družkami a druhy. Dodnes najdeme jen málo pracovišť, která by si téhle skutečnosti byla vědoma

jednak ze sebedůvěry, která je získána přibližně tímž způsobem jakým se naučíme plavat.

⁶ Eagleman D: Incognito. The secret lives of the brain. Vintage Books, N.Y, 2011

i co se týče lidí. Allison M. Heru⁷ napsala v předmluvě k relativně čerstvé učebnici rodinné terapie: *V důsledku nedostatku příležitosti k výcviku váhá průměrný psychiatr vykročit z dyády doktor – pacient. Přitom tendence ignorovat členy rodiny je proti zdravému rozumu... Pro psychosomatickou medicínu to platí rovněž. Co udělá psychosomatický konzultant, když za pacientem přijde do nemocničního pokoje, který najde naplněný členy pacientovy rodiny? Pochopitelně je požádá, aby odešli...*

V somatických oborech je to ještě zoufalejší. V roce 1991, kdy jsem ještě pracoval u nemocných s nezvratným selháním ledvin na plný úvazek, jsem dostal na starost zajištění psychosociální sekce na celostátním nefrologickém kongresu. Pozval jsem za řečnický pult odborníky, ale také pacienty v dialýze a členy jejich rodin. Měli jsme nabitý sál. Projevy laiků byly úžasné, plné cenných informací, navíc podaných koncizně a velmi slušnou formou. Zato reakce vedení vědecké společnosti JEP a vědeckého sekretariátu pokryly celé tepelné spektrum od drtícího mrazu až po hořící hranice. A jak řekli, tak i učinili: bylo to naposled!

Pokud liberecké pracoviště nasadilo do dubových palic pozitivistů zastávajících EBM alespoň červotoče pochybností, měli bychom je všichni následovat. Ale ještě zpátky ke spiritualitě.

Nemyslím, že by zrovna česká společnost měla méně spirituálních potřeb, než jiné. Její zavržení kultivovaných způsobů transcendedce je podle mého soudu spíš projevem mindráku, projevujícího se

⁷ Working With Families in Medical Settings: A Multidisciplinary Guide for Psychiatrists and Other Health Professionals, edited by Alison M. Heru. New York, Routledge, 2013



navenek narcistickou sebestředností, než výsledkem racionálních úvah. Potřeby pak sytí způsoby náhradními, vesměs blbými: v Evropě i ve světě jsme na čelných místech ve spotřebě alkoholu, trávy a můžeme se honosit i exportem prvotřídního pervitinu, kterým domácí trh přetéká.

Nabídnutí duchovní pomoci, byť ne zjevným způsobem, musí pak působit na duši pacienta jako osvěžující rosa. Mám rád vědu, protože drahým, složitým a pracným způsobem ověřuje tisícileté zkušenosti. Dva pensylvánští badatelé vydali velmi úspěšnou knihu s titulem, který by se u nás prodával dost obtížně: *Jak Bůh mění váš mozek*⁸. Jeden z nich vlastní veškerý vercajk schopný zobrazit malé trpaslíky, kteří pracují v mozku, tedy EEG, MRI, fMRI, PET, SPECT a jiné, ještě modernější, zatímco druhý je expert na meditace, koncentrace, relaxace, imaginace a další stavy vědomí. Aby to bylo vyrovnané po všech stránkách, jeden z nich je věřící a jeden agnostik. Ta kniha je zajímavá a tak alespoň kousek:

Náš výzkumný tým z University of Pennsylvania prokázal, že Bůh je součástí našeho vědomí a že čím víc na něj myslíte, tím více měníte své neuronální okruhy ve specifických oblastech mozku. A nezáleží vůbec na tom, jste-li křesťani, židi, muslimové, hinduisté, ateisté nebo agnostici.... V publikaci nazvané „Proč Bůh neodešel“ jsem ukázal, že lidský mozek

⁸ Newberg A, Waldman MR: *How God Changes your Brain*. Ballantine Books, N.Y., 2010

je jedinečným způsobem konstruován k vnímání i vytváření spirituální reality.

Autoři také citují publikaci Paula Froese a Christophera Badera⁹ zjišťující, jakou má křesťanský Bůh pro Američany nejčastější podobu (archetyp). Ten nejfrekventovanější je autoritativní a podobá se trochu klasickému přísnému a nesmlouvavému šerifovi: něco jsi provedl, tumáš trest! Další je „kritický“ Bůh (původně černošských otroků), který odměňuje i trestá, avšak až po smrti. Třetí je „distantní“; tady něco založil a odebral se jinam. Poslední je dobrotivý.

Podle mého soudu ten žehná libereckým. Já na něj nedám dopustit a Heinrich Heine prý o něm na smrtelném loži řekl: *Doufám, že Bůh mi odpustí; je to konečně jeho řemeslo*. Myslím, že toho bychom měli hledat.



Praha 7.8.14

⁹ <http://www.thearda.com/whoisyourgod/> (dohledáno 7.8.2014)



ŠIMEK J.: FENOMÉN SKT LIBEREC

Středisko komplexní terapie je fenomén, jaký nemá v našem zdravotnictví obdoby. Proto těžko říci, zda dvacet pět let existence je obrovským úspěchem nebo epizodkou nesmrtelného podniku. Není s čím porovnat. V každém případě se za těmi dvaceti pěti lety skrývá obrovské úsilí, které z předem ztraceného podniku (mission impossible) dokázalo vybudovat renomované pracoviště.

Stejně mimořádným fenoménem je zakladatel a vůdčí duch střediska MUDr. Vladislav Chvála. Vizionář, jemuž osud dopřál realizovat vizi, kterou sám zpočátku považoval za neuskutečnitelnou. Poznal jsem jej na jedné z psychosomatických konferencí, které již samy o sobě byly v dobách totality neuvěřitelnými podniky. Lékaři se na nich setkávali nad tématy z hlediska vědeckého marxistického materialismu absurdními. Marnost našeho počínání nejlépe vyjádřil jeden z prominentních lékařů komunistů, který se mne zeptal: „Vy vážně chcete vědecky studovat něco, co neexistuje?“ Mínil tím lidskou duši. Na jednom z našich setkání se mi kolega Chvála svěřil se svou vizí, kterou pracovním nazval „jedová chýše“. Celý pracovní den stráví ve své gynekologické ambulanci, navečer se pak odebere na periferii Liberce do polorozbořené chýše, obleče si černý plášť, popráší si vlasy a vousy popelem a bude tam čarovat s pacientkami, kterým to sám předtím doporučí. A bude vědecky sledovat, zda u určitých gynekologických poruch je účinnější vědecká medicína, nebo čarování. Samozřejmě mne ten nápad hned od počátku chytil. Na jedné straně velmi přesně vyjadřoval, co jsem si sám o léčbě mnohých chronických onemocnění myslel, na druhé straně byl lákavý

svou nerealizovatelností. Jaké ale bylo mé překvapení, když mi náhle jednoho dne kolega Chvála zavolal, že ředitel OÚNZ mu projekt „jedové chýše“ schválil a že příští měsíc s tím začíná. Pravda, nezačal pracovat v polorozbořené chýši, ale v docela slušně vypadajících bývalých jeslích a nestřídal role lékaře a černokněžníka, ale šel čarovat na plný úvazek.

Amatérismus je obvykle v medicíně pro pacienty pohromou, počátky střediska komplexní terapie ale prokázaly, že i z tohoto pravidla je možná výjimka. Z mého psychoanalytického hlediska byl Vladislav Chvála v psychoterapii v podstatě amatér. Když mne požádal, zda bych se občas nepřijel podívat, jak to tam vedou, a tedy prováděl jakousi neformální supervizi, uvědomil jsem si, že i já, přesto že jsem byl uznaným členem pražské psychoanalytické skupiny, se vzhledem ke svému původu internisty také cítím víc amatérem než psychoanalytikem profesionálem. Rozhlédl jsem se dostupnou literaturou a zjistil, že žádná zavedená psychotherapeutická metoda u psychosomatických poruch nefunguje a všechny se musí pro terapii těchto nemocných modifikovat. Mé osobní zkušenosti to potvrzovaly. Tak jsem na nabídku kolegy Chvály kývl s tím, že můžeme nějaký čas hledat spolu.

V dějinách psychoterapie najdeme osobnosti, které bylo těžké napodobit. Jejich úspěchy vycházely ani ne tak z nové metody jako ze zvláštností jejich osobností. Příkladem může být Milton Erickson. Vladislav Chvála k nim patří. Po otevření střediska komplexní terapie stál tváří v tvář pacientům, kterým nikdo nedovedl pomoci. Odborné texty mnoho návodů neposkytovaly. Začal tedy zcela



heuristicky hledat, jak jim pomoci. Záhy se ukázalo, že příznak choroby, ať již za ním stála nějaká „skutečná patologie“ nebo ne, je součástí příběhu pacienta. A bylo zřejmé, že to, zda pacient porozumí podstatě své choroby v kontextu nějaké psychotherapeutické koncepce, není důležité. Slovník zavedených terapií prostě nepomáhal. Bylo nutné „převyprávět“ příběh pacienta, ale tak jak on sám mu rozuměl. To nebylo snadné. Zde má psychoanalytická erudice pomáhal rozumět, že pacient se drží svého vlastního pojetí prostě proto, že v nevědomí fungují špatné zkušenosti se světem, spojené se spoustou obav a úzkostí. V takové konstelaci každá změna mohla přinést katastrofu. Žel, obsahy nevědomí přístupné nebyly. Nezbylo než pozvat pacienta ke společnému hledání. Nápadně ta situace připomínala známý paradox filosofie „hledání černé kočky v černém tunelu“, zde ovšem obohacené o nejistotu, zda v tom tunelu vůbec nějaká kočka je. Samozřejmě ne každý pacient s takovou nabídkou souhlasil. Vědom si obtížnosti řešení, Vladislav Chvála bytostně neměl nikomu za zlé, když se s ním na cestu nevydal. A protože pacienti mívají nereálné představy o možnostech medicíny i čarování, začal s nimi sepisovat kontrakty, ve kterých bylo jasně napsáno, co a jak dlouho budou podnikat. Nikdy nesliboval, že pomůže.

Co vlastně pacienty přimělo, aby se vydali na tak nejistou cestu? V první řadě fakt, že obvykle bez úspěchu již vyzkoušeli všechno, co medicína skýtala. Daleko důležitější bylo, že doktor Chvála budil velikou důvěru. Za tou důvěrou stály dvě neobyčejné schopnosti. Především upřímný zájem o pacienta, o jeho osud, o jeho bolesti a úzkosti. Zájem, který „věděl, že neví“. Stejně důležité bylo porozumění doktora Chvály hlubokému nevědomí svých

pacientů. Ve své empatii se nikdy ani nesnažil popsat, čemu a jak rozumí. Věděl, že slovy to popsat nejde. Ale obvykle nějak zareagoval v souladu s tím, co v pacientovi cítil. A citlivý pacient zavnímal, že pan doktor rozumí. To smiřovalo psychoanalyticky vzdělaného supervizora s neobvyklými pracovními metodami. Dokonce ani nedráždilo jeho počínající profesionalitu v oblasti lékařské etiky. Pacientovi nebylo slibováno nic, co nešlo splnit. Nabídka zněla, že s panem doktorem budou hledat, co s tím. I když pacient nepodepisoval žádný informovaný souhlas, bylo zřejmé, že jde o dohodu, kterou může kdykoliv vypovědět. Pan doktor mu nebude mít za zlé, že nevydržel, a péče, kterou mu skýtali jiní doktoři, tím vůbec nebude narušena.

Některé manévry kolegy Chvály by měly vejít do dějin české medicíny. Ne proto, aby se jej jiní psychoterapeuti pokoušeli napodobovat. Nejsou napodobitelné. Spíš jako doklad, co si skutečně citlivý lékař může za vhodné situace¹ dovolit.

Devadesátá léta byla i léta rozkvětu léčitelství. Mnozí lidé si nechali doma vyhledávat geopatogenní zóny a stěhovali lůžka tam, kde žádná geopatologie nebyla. Doktor Chvála správně vycítil, že se za tím skrývá cosi jiného. Kdo, kde, jak a s kým sdílí lůžko, je výrazem vztahů v rodině. Psychosomatictí pacienti se bojí každé změny, i když by mohla dost pomoci. I začal pacientům doporučovat, aby něco změnili zde. Dítě odstěhoval od matky a do ložnice vrátil otce, jinde naopak manžele rozestěhoval. Asi není

¹ Taková vhodná situace rozhodně není dnes, v době doporučených postupů a zákonného požadavku poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů.



statisticky zpracováno, jak tato metoda fungovala. Ale již to, že se v rodině cosi změnilo, muselo nastartovat nějaký vývoj tam, kde byl možný.

Často není možné pacientův zájem obrátit tam, kde je největší problém. Psychologické obrany fungují někdy neprůstředně. Někdy čas se doktor Chvála trápil s pacientem, u kterého byly zjevné sexuální problémy, ale pacient o tom nechtěl ani slyšet. Proč jej nejvíce bolí hlava v noci, bylo pro něj naprostou záhadou. I koupil doktor Chvála balíček karet s nahými ženami. Pečlivě zabalil, věnoval pacientovi a poradil mu, aby jej otevřel, až jej zase bude strašně bolet hlava. Netrvalo dlouho a ve dvě hodiny po půlnoci jej vzbudil telefon. Tam rozzuřený pacient. Co si to pan doktor dovolil, dát mu takové nemravnosti! Pan doktor vlídně odvětil: „Nebude přece jen sexualita pro vás určitým problémem, když vám to stojí za to ještě v noci dělat takový rozruch pro pár nahatých žen?“

Nejzajímavějším příběhem je v této sérii příběh totální alopecie (úplné ztráty vlasů) u jedné dívky. Zde byl nápadný těsný vztah mezi dominantní matkou a pacientkou. Doktor Chvála vymyslel rituál. Každý den si sedne matka před zrcadlo a dcera jí vytrhne jeden vlas. Po nějakém čase matka s dcerou přišly a změna žádná. V čem je chyba? Po chvíli přemýšlení se zeptal: „Kdo rozhoduje o chvíli, kdy se vytrhává vlas matce?“ Odpověď nepřekvapila. Samozřejmě matka. Nařídil tedy, aby se obřad vytrhávání vlasů konal vždy z iniciativy dívky. Když tato zvláštní dvojice přišla opět na kontrolu, dívce zřetelně hlava obrůstala jemným chmýřím. Ani tento příběh ale nemá zjevný happy end. Po několika týdnech telefonovala matka, že dcera prodělala těžkou angínu, a že se pak rozhodly v těchto experimentech nepokračovat.

Práce s psychosomatickým pacientem jako jedincem je skutečně mimořádně obtížná. Jeho příběh se snáze převypráví v kontextu rodiny. Není tedy divu, že doktor Chvála a jeho spolupracovníci přesunuli těžiště svého zájmu k rodinné terapii. Pro mne, psychoanalyticky orientovaného lékaře, zde samozřejmě těsnější spolupráce končila. S nostalgií, a také s trochou závisti, jsem již jen z povzdálí sledoval další vývoj čarování doktora Chvály a Střediska komplexní terapie. Původní amatérismus se profesionalizoval. Rodinnou terapii od počátku doplňovaly zavedené metody dalších členů kolektivu. Záhy se ukázalo, že je možné zkušenosti získané víceletým poctivým úsilím předávat dál. A že je mezi lékaři a psychology o tyto zkušenosti zájem. Tak se Středisko komplexní terapie se svými výcvikovými instituty stalo celonárodně významnou institucí.

Pro psychoanalyticky orientovaného lékaře jsou významné dvě koncepce, které vyšly ze zkušeností střediska. První je „časová osa“. Časová osa nevysvětluje, proč po rozvodu nebo po ztrátě zaměstnání člověk onemocní tou či onou chorobou. Názorně ale ukazuje, že každá choroba je součástí příběhu člověka. Nemoc vážným a všem srozumitelným způsobem dokládá, že pacient už „nemůže“. Někdy příznaky či sama choroba pomáhá pacientovi zvládat složitou, jinak pro něj neřešitelnou sociální situaci. Kdybychom v tu chvíli pacientovi jeho nemoc sebrali, jeho psychická a sociální struktura by se zhroutila.

Druhou významnou tezí je „rodina jako sociální děloha“. Potvrzuje víru klasické psychoanalýzy: zdravý vstup mladého člověka do dospělosti si žádá zdravé fungování rodiny. To je dnes, v době rozpadu všech tradičních struktur, a tedy i rodiny, vážné upozornění. Není

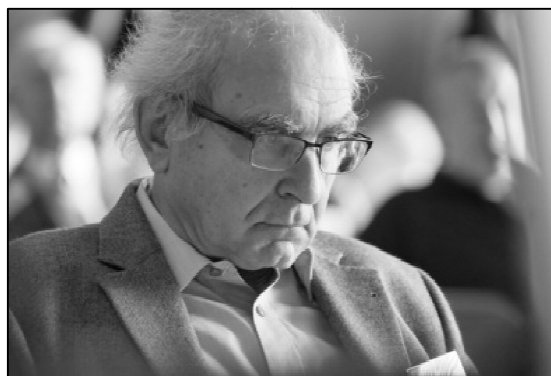


důležité, zda jsou všichni pohromadě. Důležité je, zda matka funguje jako matka a otec jako otec. Nebo jako matka a otec funguje někdo jiný. Dítě se zpočátku učí nápodobou, zde jsou nejrůznější indoktrinace dokonce potřebné. Ale zhruba od dvanácti let si už mladý člověk postupně buduje svůj vlastní, vnitřní i vnější svět. A potřebuje složitou dynamiku vztahů se svými vychovateli, aby ten jeho svět byl skutečně funkční.

Středisko komplexní terapie samozřejmě není jen MUDr. Vladislav Chvála. Je to tým spolupracovníků, který se v průběhu času proměňuje. Zde by bylo slušné mnohé z týmu zmínit. Napadají mne mnohá jména, ve vzpomínkách mám ale i pracovníky, jejichž jména jsem zapomněl. Kdybych začal jmenovat, určitě bych na mnohé zapomněl, a pak by mne to mrzelo. Co bylo pozoruhodné i zpovzdálí, je soudržnost týmu v každé době. To nemohlo být dáno pouze osobností zakladatele a ředitele. Lidé, kteří přicházeli a odcházeli, sdíleli upřímný zájem o psychosomatické nemocné a při vši své profesionalitě (která byla nepsanou podmínkou) věděli, že tváří v tvář psychosomatickému pacientovi nevědí, věděli, že je třeba hledat, a to s ním. A bylo jim zřejmé, že kvalita jejich péče se odvíjí od kvality týmu. Tak se ve středisku nevytvořil prostor pro boj o moc a pro usilování o světskou slávu. Časem jsem se naučil vážit si každého, kdo alespoň nějaký čas ve středisku pracoval, i když jsem třeba jeho metodám vůbec nerozuměl. Ve stejném duchu jsou vedeny vzdělávací akce a pravidelné konference. Nestalo se zvykem tam předvádět „jak jsem úžasný/á“, spíš každý ukazuje, kam dospěl, a nabízí „zkuste to také tak nějak“.

Za všechny členy týmu, jako typický příklad, si dovoluji zmínit PhDr. Lídu Trapkovou (já vím, že je Ludmila, ale nějak mi to nešlo napsat). Jako u všech ostatních neumím datovat, kdy se objevila. Prostě tu najednou byla, a je tu už velmi dlouho. Od počátku realizovala své vlastní názory na to, jak s pacienty pracovat. Nikomu nic nevnucovala a také si nenechala nic vnutit. Přitom jakýmsi záhadným způsobem ladila se všemi ostatními. A své zkušenosti podle potřeby a situace předávala dál. Od všech ostatních se odlišila jedinou věcí. Stala se životní družkou zakladatele a ředitele střediska. Jak se to stalo, netuším, nikdo se tím nezabýval. Prostě jeden z příběhů v historii týmu, jakých je tam celá řada. Třeba příběh nynějšího ředitele vzdělávacího institutu Mgr. Jana Knopa. Ten se z mého pohledu liší jedinou, zcela nepodstatnou věcí. Nestal se životní družkou MUDr. Vladislava Chvály...

Středisko komplexní terapie je prostě fenomén, jaký nemá v našem zdravotnictví obdoby. Centrem zájmu je



člověk jako nemocná bytost. Není tam prostor pro mocenské ambice ani pro dobývání světské slávy. Proto o další osud střediska a jeho vzdělávacích institutů nemám žádné obavy a v roce jeho výročí mu přeji všechno dobré.

Jiří Šimek



VÝZKUM

PETRŮJOVÁ T., PROCHÁZKA R.: KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP LÉKAŘŮ K PACIENTŮM

ABSTRAKT: PETRŮJOVÁ T., PROCHÁZKA R.: KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP LÉKAŘŮ K PACIENTŮM. PSYCHOSOM 2014; 12(3), s.

Celostní přístup lékařů k pacientům je důležitým předpokladem pro dosahování optimálních léčebných výsledků. Cílem výzkumu bylo zjistit strukturu celostní péče u českých lékařů s ohledem na organizaci českého zdravotnického systému. Byl zvolen kvalitativní výzkumný postup, do vzorku bylo zahrnuto 8 lékařů pracujících celostně. Sběr dat byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru. Celostní péče pro lékaře znamená zahrnutí bio-psycho-sociálně-(spirituální) složky člověka do diagnostiky a léčby, využití alternativních léčebných metod a spolupráci s dalšími odborníky. Český zdravotnický systém přináší komplexní péči překážky v podobě jednostranného lékařského vzdělání, neinformovanosti lékařské veřejnosti o možném přínosu oboru a neproplácení péče pojišťovny. Celostní medicína si své postavení postupně buduje a upevňuje, žádoucí je rozšiřování informací o potenciálu komplexního přístupu u odborné i laické veřejnosti. Doporučené jsou další výzkumy s cílem maximalizace zdraví za minimalizace finančních nákladů.

Klíčová slova: celostní medicína, český zdravotnický systém, vzdělávání lékařů, zdraví

ABSTRACT: PETRŮJOVÁ T., PROCHÁZKA R.: HOLISTIC APPROACH OF MEDICAL DOCTORS TO PATIENTS. PSYCHOSOM 2014; 12(3), PP.

Holistic approach of medical doctors to patients is an important precondition for reaching optimal results of treatment. The goal of this research was to determine the structure of a holistic care provided by czech doctors concerning the organization of czech health care system. Qualitative research design was chosen, 8 holistically working doctors were engaged. Data obtaining was realized by semi-structured interview. Holistic health care includes bio-psycho-social-(spiritual) parts of human in diagnostics and treatment, using alternative treating methods and a cooperation with other professionals. Czech health care system brings hindrances to holistic care in a way of limited doctors education in psycho-social area, lack of information of holistic care advantages and not supporting the care by the insurance companies. Holistic care has been building and strengthening its position in medical care, spreading the information of its potential is though still needed. Other researches aimed on maximalizing public health and minimalizing costs are recommended.

Key words: holistic medicine, czech health care system, doctors education, health



ÚVOD

Člověk je **bio-psycho-sociálně-spirituální systém**, v němž jsou všechny složky propojeny v jediný celek a navzájem se ovlivňují (Danzer, 2001). V kontextu zdravotnictví je tedy podstatou komplexního přístupu to, že na etiopatogenezi, průběhu či udržování každého onemocnění se vždy nějakým způsobem podílejí i ostatní složky. Stejně tak by měly být zvažovány při diagnostice a léčbě.

Na důležitost lidského kontaktu a vztahu mezi lékařem a pacientem upozorňoval například Michael Balint již v roce 1957. Lékaře samotného považoval za hlavní léčebný nástroj (Balint, 1999). Celostní přístup, který je spíše nedirektivní, bere v potaz široké souvislosti, vztahy a subjektivní názor pacienta a společně s ním hledá nejlepší řešení problémů (Vymětal, 2003), se zdá být z dlouhodobého hlediska nejefektivnější pro všechny zúčastněné strany, tedy pacienta, lékaře i zdravotní pojišťovny (Raudenská & Javůrková, 2011). Komunikace, partnerství, osobní vztah a pozitivní přístup k diagnóze a prognóze souvisejí s vyšší spokojeností pacienta; pozitivní přístup je dále vztažen ke zlepšení symptomů; zájem o vliv na pacientův život, zlepšení zdraví a opět pozitivní přístup souvisejí s posílením zvládnutí (Little et al., 2001). V celostní péči je oproti jednostrannému technickému přístupu posilována pacientova funkční kapacita a následně podstatně nižší frekvence návštěv lékaře (Cipher, Fernandez & Clifforda, 2011).

Navzdory výše zmíněnému jsou v současné době budoucí lékaři vedeni k vnímání člověka jako těla, k úctě k technologickému pokroku a farmakologickým výzkumům a k obezřetnosti k čemukoliv alternativnímu (Moore, 2010). Naučit je již během studií, kdy

jsou celostnímu uvažování o člověku mnohem otevřenější (Zollman & Vickers, 1999, in Maha & Shaw, 2007), aby **vnímali individualitu** člověka a vycházeli z ní, je možná cesta k vytvoření humánnější péče (Hořejší, 1998).

Také systém plateb zdravotních pojišťoven přispívá spíše k redukci jakékoliv komplexnosti a humánnosti. Specifické používané metody ani psychologický podpůrný rozhovor pojišťovna lékaři neproplatí (nebo proplatí jen velmi omezeně), stejně jako čas strávený s pacientem nad rámec běžné konzultace (Kvapil, in Žantovský & Žantovská, 2012). V *zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* je vzhledem k alternativním léčebným metodám explicitně uvedena pouze informace o nehranění akupunktury. V *příloze č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*, která uvádí seznam výkonů nehraných zdravotní pojišťovnou nebo hrazených jenom za určitých podmínek, se nachází i „podpůrná terapie prováděná lékařem nepsychiatrem“. Ta je pojištěnci dostupná jedenkrát ročně v jednom oboru po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci. Podle seznamu výkonů dle *Vyhlášky č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení* nejsou do úhrad zahrnuty **žádné alternativní léčebné metody**, s jejichž využitím bývá celostní péče často propojena.

V americké populaci projevovali pacienti značný zájem o využití alternativních metod již v roce 1990. Tehdy tyto metody využil během posledního roku každý třetí dospělý, 72 % z nich o tom však neinformovalo svého lékaře (Eisenberg et al., 1993), neboť tehdejší odborná veřejnost se vůči alternativním metodám stavěla značně negativně



(Murray & Rubel, 1992). Veškerá alternativní péče byla považována za něco nežádoucího, od čeho by měl být pacient odrazen, přičemž možný pozitivní efekt alternativní léčby a to, že polovinu poskytovatelů alternativní péče tvoří lékaři (Cassileth, Edward, Thomas & Brenda, 1984), se nebralo v úvahu. Zatímco v roce 1992 byl výraz „alternativní medicína“ pejorativním označením pro šarlatánství různého druhu, dnes mnoho zdravotnických

středisek nabízí postupy, které doplňují klasickou léčbu, integrují více složek a léčí celého člověka (Moore, 2010).

Současná medicína založená na exaktních principech a moderních technologiích dává lékařům jistoty, o něž by je komplexní uvažování a lidštější kontakt s pacientem připravily (Chvála & Trapková, 2006). I to může být důvodem, proč systemický pohled na člověka stále zaujímá v medicíně spíše okrajové postavení.

CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkum je zaměřen na zmapování podoby celostní péče u praktikujících lékařů, jejich motivace pracovat jinak než běžným západním, technicky zaměřeným způsobem, na jejich postavení mezi lékaři pracujícími klasicky a na kompatibilitu celostního přístupu s naším zdravotnickým systémem.

V souladu s výše zmíněným byl stanoven následující **cíl výzkumu**:

Zmapovat a popsat strukturu komplexní péče a postavení a možnosti praktiku-

jících lékařů v kontextu českého zdravotnického systému.

Výzkumné otázky, stanovené na základě cíle výzkumu, byly následující:

1. Jak v pojetí českých lékařů vypadá celostní péče o pacienta?
2. Jaké výhody a nevýhody přináší komplexnímu přístupu český zdravotnický systém?
3. Jaké má celostní medicína postavení v kontextu medicíny jako celku?

METODOLOGICKÝ RÁMEC

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl zvolen **kvalitativní přístup**, který umožňuje zachytit jevy v širším kontextu, stejně jako jejich procesualnost a dynamičnost. Základním kritériem zařazení do výzkumného souboru byl deklarovaný lékařův komplexní přístup k pacientům. Vzorek zahrnuje 8 lékařů, z toho 4 ženy a 4 muže, zastoupené specializace jsou psychiatr, pediatr, neurolog, rehabilitační lékař, praktický lékař a gynekolog; 6 z těchto lékařů pracuje

v soukromých ambulancích, 2 pracují ve větších zdravotnických zařízeních. Největší je zastoupení lékařů z Moravskoslezského a Olomouckého kraje, po jednom jsou zastoupeni lékaři z Libereckého kraje a Prahy.

Sběr dat byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl nahráván na záznamové zařízení. Data byla posléze transkribována a analyzována kombinovaně metodami vytváření



trců, zachycení vzorců, prostého výčtu a vyhledávání a vyznačování vztahů.

VÝSLEDKY VÝZKUMU

Komplexní přístup k pacientovi v pojetí lékařů představuje nahlížení na člověka jako na bio-psycho-sociálně-(spirituální) celek a jedinečnou bytost, někteří lékaři shledávají důležitým faktorem také týmovou spolupráci s dalšími odborníky. Celostní přístup k pacientovi se odvíjí od pacientova přání a jeho ochoty spolupracovat, která je při tomto způsobu léčby esenciální. Lékař k pacientovi přistupuje nedirektivně a považuje jej za rovnocenného partnera v procesu léčby. Klasická péče *lege artis* zpravidla není z léčby vyčleňována, lékař však nabízí oproti tradičnímu západnímu způsobu léčby více času na pacienta, skutečný zájem o jeho potíže na všech úrovních a většinou také využití alternativních léčebných metod. Základním nástrojem lékařů jsou otázky a rozhovor s pacientem, dále využívají množství rozmanitých postupů, nejčastěji jde o homeopatii, akupunkturu, biorezonanci, využití bylinných přípravků a masáže. Většina lékařů zastává názor, že hlavním požadavkem na lékaře celostní medicíny je upřímný zájem o obor a pacienta, který pak přirozeně vede k finančním a časovým investicím do dalšího vzdělávání a práce na sobě. Na základě zpětné vazby pacientů a vlastní zkušenosti s tradičními léčebnými postupy je většina lékařů přesvědčena, že celostní práce s pacientem přináší v procesu léčby lepší výsledky než jednostranný biologicky zaměřený způsob léčby.

Obecně se lékařům mnohem snadněji formulovaly nevýhody zdravotnického systému pro poskytování komplexní

Při výzkumu byly dodrženy základní **etické principy pro výzkum s lidmi** podle Americké psychologické asociace.

péče než jeho výhody. Zmíněné výhody pak mnohdy byly sporné. Mezi nevýhodami lékaři uváděli zejména množství formálních požadavků a tlak na výkon, které brání bližšímu kontaktu s pacientem a možnosti jej lépe poznat. Významně zatěžujícím faktorem je také současné technické založení medicíny, které lékaře již od vysokoškolských studií zaměřuje pouze biologickým směrem, což v kombinaci s množstvím biologických prostředků k léčbě, kterými medicína disponuje, odvádí lékařovu pozornost od psycho-sociálně-(spirituálních) složek člověka. Rozdrobenost a stále větší specializace v medicíně člověka dále rozděluje, místo aby jej pojala jako celek, kde souvisí všechno se vším. Dalším významným faktorem, který lékaře od celostního pohledu na člověka spíše odvádí, je skutečnost, že pojišťovny komplexní péči nepodporují, a tím nutí lékaře, kteří chtějí pracovat komplexně, aby sami hledali cesty, jak celostní péči realizovat.

Z výhod byla uvedena nezbytnost hledat nové cesty a řešení, podněcená nefunkčností zdravotnického systému a jeho neschopností vyléčit některé pacienty. Výsledkem takového hledání může být například nedávný vznik specializace v psychosomatické medicíně. Zmíněna byla také možnost zvýšit vlastní finanční profit díky přílivu zoufalých pacientů, které klasická medicína není schopna vyléčit.

Celostní medicína si v průběhu posledních let celkově buduje pevnější postavení a více se dostává do povědomí lékařů i laické veřejnosti. Přesto však



celostní lékaři udávají, že ze strany klasických lékařů jsou vnímáni spíše negativně. Toto negativní pojetí připisují celostní lékaři nevědomosti a neznalosti toho, o čem obor je a jak pracuje. Přátelštější pohled mají lékaři, kteří o oboru něco vědí, znají jeho možnosti a v případě potřeby je dokážou využít. Příklon k celostní medicíně je patrnější u mladších lékařů. Celostní přístup k léčbě pacientů bývá často výsledkem nespokojenosti s nefunkčností léčby tradičními způsoby, popřípadě výsledkem osobní zkušenosti či osobnostního zrání.

DISKUSE

Komplexní přístup k člověku je v zahraniční literatuře často rozdělován na dvě různá pojetí. Může jít o tzv. přístup zaměřený na osobu, kde hraje roli zejména lidský faktor, a dále o komplementární a alternativní medicínu, která se zabývá také využitím alternativních léčebných metod. V pojetí českých lékařů šlo ve většině případů o využití druhého typu přístupu, který slučuje jak léčebné působení mezi-lidského kontaktu, tak využití komplementárních léčebných postupů. Někteří lékaři zdůrazňovali faktor spolupráce, který při komplexní péči považují za jeden z klíčových. Ukázalo se, že většina lékařů při své práci používá také tradiční postupy *lege artis*, direktivita je nicméně všeobecně nižší než při paternalistickém způsobu léčby. Větší odpovědnost je ponechána na pacientovi, a to jak při volbě celostního přístupu k léčbě, tak při samotném procesu léčby. To může být důvodem, proč mnoho pacientů celostní péči odmítá a preferuje bezpracný postup v podobě užití léků, i když to nemusí přinášet optimální či dlouhodobé výsledky.

Lékaři se shodují, že další šíření informací o principech celostní medicíny je potřebné a žádoucí. Speklativní je však šíření prostřednictvím médií, neboť informací je mnoho a často jsou zjednodušené či protichůdné, což ve výsledku nepomáhá ani kvalitní informovanosti, ani reputaci oboru. Jako nejvhodnější se tak jeví cesta vzdělávání samotných lékařů, kteří by pak věděli, co může obor přinést a kdy je vhodné celostního přístupu k člověku využít.

Největší prostor se nabízí pro diskusi nad uspořádáním českého zdravotnického systému, který, jak se zdá, obecně komplexní péči spíše odporuje, než ji podporuje. V první řadě jde o lékařské vzdělání, které navzdory zjevné důležitosti celostní péče o člověka stále obrací svou pozornost pouze k biologické stránce věci a k využití moderních technologií. Jak uvádějí například Raudenská a Javůrková (2011), v mnoha zemích se již dlouhou dobu pracuje na nácviku komunikace se standardizovaným pacientem, což je v České republice čerstvě se rozvíjející záležitost, která zatím není dostupná pregraduálně. Pro studenty medicíny by však byl žádoucí nejen nácvik komunikace, ale také vedení k vnímání člověka jako celku se všemi jeho psychosociálními problémy. Větší informovanost by lékařům umožnila, aby přinejmenším věděli, co může komplexní péče nabídnout. Podle lékařů participujících na výzkumu jde zároveň o jednu z nejnosnějších cest, jak informace o člověku jako bio-psycho-sociálně-spirituálním celku předat také laické veřejnosti.



Rozdrobenost péče a tlak na výkon lékařům rovněž znemožňuje podívat se na člověka z širšího hlediska. Výzkumy přitom naznačují, že širší pohled na některé pacienty vede k tomu, že následně mnohem méně vyhledávají lékaře, a navíc se zvýší jejich funkční kapacita (Cipher, Fernandez & Clifforda, 2011). S tím souvisí také neproplácení celostní péče pojišťovny. Někteří náročnější pacienti, které se nedaří uzdravit běžnými způsoby, jsou schopni a ochotni si komplexní péči uhradit sami, mnozí však tuto možnost nemají. A ti se potom v koloběhu zdravotnického systému buď pohybují déle, nebo se do něj opakovaně vrací. Je potom možné, že tato péče pojišťovny paradoxně finančně zatěžuje více, než by je zatížila

péče celostní, která by mohla být efektivnější. Nicméně jde o spekulativní tvrzení, v němž by bylo žádoucí realizovat další výzkumy.

Přínos výzkumu spočívá zejména ve zmapování oblasti, která dle zjištění autorů v České republice dosud zmapována nebyla. Nové poznatky z velké části korespondují s poznatky zjištěnými zahraničními výzkumy. Jedinečný je pohled celostních lékařů na náš zdravotnický systém a zmapování, s čím se lékaři pracující komplexně musí potýkat. Unikátní je rovněž zjištění, jak celostní lékaři vnímají své postavení v kontextu medicíny jako celku, a jejich návrhy, jak komplexnější myšlení zprostředkovat širší lékařské veřejnosti.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V praxi by bylo žádoucí začlenit komplexní vnímání člověka do pregraduálního vzdělávání lékařů, a to ve formě, kdy by budoucí lékaři nezískávali pouze racionální informaci, ale skutečně se naučili komplexně myslet. Jde zároveň o cestu, jak by se informace ve srozumitelné a konzistentní formě mohly dostat k široké veřejnosti.

Z hlediska zdravotních pojišťoven by bylo vhodné udělat průzkum, který by porovnal efektivnost léčby klasickými způsoby a celostním způsobem. S tím

souvisí také potřeba vytvořit profil „psychosomatického“ pacienta, tedy člověka, který je pro komplexní péči vhodný a který z ní bude schopen těžit. Je totiž z druhé strany jednoznačné, že jsou také pacienti, které i ryze biologický přístup dokáže bez problémů vyléčit. Smyslem je najít střední cestu, umožňující zajistit co nejlepší zdraví pro lidi při čerpání co nejmenšího množství finančních prostředků. Komplexní péče přitom může znamenat využití jednoho odborníka, který bude schopen širšího pohledu, nebo zastřešení více odborníků, kteří budou schopni pracovat jako tým.

ZÁVĚRY

Komplexní přístup českých lékařů spočívá v diagnostice a léčbě, která zohledňuje člověka jako bio-psycho-sociálně-(spirituální) celek. Hojně je využito alternativních léčebných metod a spolupráce s dalšími odborníky z lékař-

ských i nelékařských oborů. Celostní medicína se nevyklučuje s tradičními západními léčebnými postupy.

V České republice nejsou pro komplexní péči optimální podmínky. Důvodem je zejména zdravotnické vzdělání zaměřené



jednostranně na tělo, rozdrobenost zdravotnického systému ve směru stále větší specializace a chybějící spolupráce odborníků, tlak na výkon a neproplácení komplexní péče zdravotními pojišťovnami. Celostní práce tak vyžaduje od lékařů značné osobní investice a vysokou motivaci.

Nedostatečná informovanost lékařů často ústí v jejich negativní postoje k celostní medicíně. Vývoj k celostnějšímu myšlení je patrný, je však

potřeba dalšího vzdělávání odborné i laické veřejnosti, směřujícího k porozumění, v čem může být komplexní přístup prospěšný.

Zjištění korespondují s výsledky zahraničních výzkumů. Unikátní je posouzení komplexní péče v kontextu českého zdravotnického systému a postavení celostních lékařů v lékařské obci.

Literatura:

- 1) Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada.
- 2) Cassileth, B., Edward, L., Thomas, S., & Brenda, B. (1984). Contemporary Unorthodox Treatments in Cancer Medicine. *Annals of Internal Medicine*. Získáno 25. května 2014 z <http://annals.org/>
- 3) Cipher, D., Fernandez, E., & Clifford, A. (2001). Cost-Effectiveness and Health Care Utilization in a Multidisciplinary Pain Center: Comparison of Three Treatment Groups. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, 8, 237-244. Získáno 12. 6. 2014 z <http://www.springer.com/medicine/journal/10880>
- 4) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 5) Eisenberg, D., Kessler, R., Foster, C., Norlock, F., Calkins, D., & Delbanco, T. (1993). Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costs and Patterns of Use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252. Získáno 18. května 2014 z <http://www.nejm.org/>
- 6) Hořejší J. (1998). *Moc a nemoc medicíny*. Praha: Makropulos.
- 7) Chvála, V., & Trapková, L. (2006). Proč se medicína brání systemické teorii. In Růžička (Ed.). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.
- 8) Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... Payne, S. (2001). Primary Care. Preferences of Patients for Patient Centered Approach to Consultation: Observational Study. *British Medical Journal*, 322, 468-472. Získáno 8. června 2014 z <http://www.bmj.com/>
- 9) Maha, N., & Shaw, A. (2007). Academic Doctors' Views of Complementary and Alternative Medicine and Its Role Within the NHS: an Exploratory Qualitative Study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7:17. doi: 10.1186/1472-6882-7-17



- 10) Moore, T. (2010). *Léčebná péče o duši*. Praha: Portál.
- 11) Murray, R., & Rubel, A. (1992). Physicians and Healers - Unwitting Partners in Health Care. *The New England Journal of Medicine*.
- 12) Raudenská, J. & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- 13) Vyhláška č. 428/2013 Sb. ze dne 23. prosince 2013 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. In *Sbírka zákonů*. 23. 12. 2013.
- 14) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 15) Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů*. 7. 3. 1997.
- 16) Žantovská, I., & Žantovský, P. (2012). *Hovory o zdraví... s jedenáctkou špičkových českých lékařů*. Řitka: ČAS.

Do redakce přišlo 13. 9. 2014

Na doporučení recenzenta přijato bez úprav a do tisku zařazeno 15. 9. 2014

AUTOŘI

Tereza Petružjová

Studentka psychologie na Univerzitě Palackého. Zabývá se především psychosomatickou medicínou a psychodiagnostikou. Působí také jako krizová interventka a překladatelka odborných psychologických textů.

Roman Procházka

Pracuje v oblasti klinické psychologie a psychoterapie. Dále působí na katedře psychologie FF UP v Olomouci. Převážně se věnuje se problematice psychosomatické medicíny, psychofyziologii a neurověd.

Korespondující autor:

Tereza Petružjová
Katedra psychologie, UP – studentka
T.Petrujova@seznam.cz



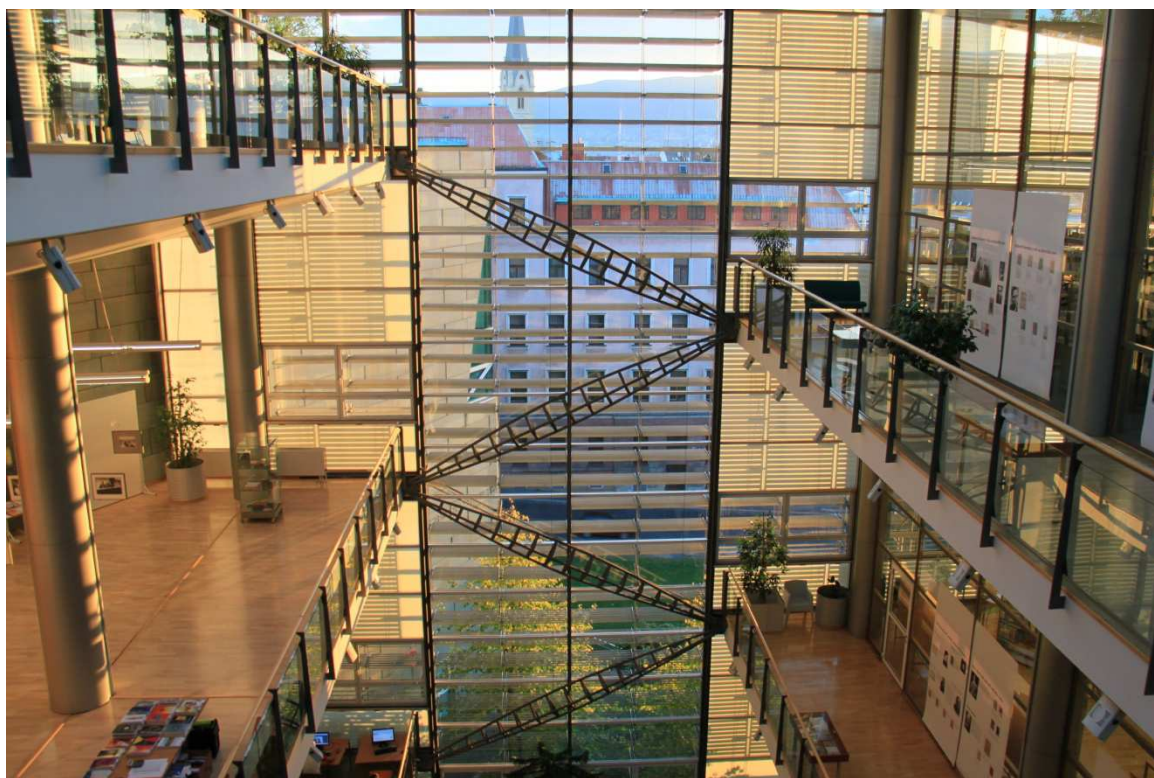
Petrůjová T., Procházka R.: Komplexní přístup lékařů k pacientům



15.CELOSTÁTNÍ PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE V LIBERCI

IDENTITA PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

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 S PSYCHOSOMATICKOU SEKČÍ PS ČLS J.E.P. A SE SPOLEČNOSTÍ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS J.E.P. VÁS VÍTÁJÍ NA 15. KONFERENCI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI.



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. VYVSTALA TÍM NALÉHAVÁ POTŘEBA DEFINOVAT OBSAH OBORU A VYMEZENÍ JEHO HRANIC. PROTO SE JEVÍ TÉMA IDENTITY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY JAKO AKTUÁLNÍ.



ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDR. VLADISLAV CHVÁLA
 MUDR. JAROMÍR KABÁT
 MGR. JAN KNOP
 MUDR. ONDŘEJ MASNER
 PHDR. LUDMILA TRAPKOVÁ



ZDE J.KNOP

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.

MUDR. R. HONZÁK, CSC.,

MUDR. J. KABÁT

MUDR. J. PONĚŠICKÝ,

MUDR. D. SKORUNKA, PHD.

PHDR. I. STROBACHOVÁ

PHDR. L. TRAPKOVÁ



ZDE 1 MAREK.O.VÁCHA



ZDE 2 V.CHVÁLA

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

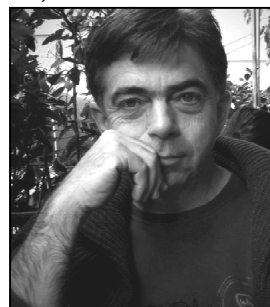
PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA S.R.O. (PRAHA)

SEKRETÁŘKA PANÍ MENCLOVÁ

TEL.: +420 485151398

E-MAIL: KONFERENCE@PSYCHOSOMATIKA.CZ

INFORMAČNÍ SERVER:



ZDE 3 J.KABÁT



ZDE 5 O.MASNER



ZDE 4 REALIZAČNÍ TÝM SKT



PROGRAM KONFERENCE

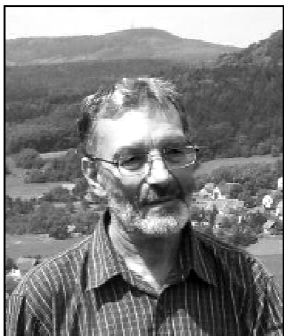
čtvrtek 16.10.	akce	autoři	název přednášky	čas
9:00 – 10:00			registrace	
10:00 – 10:30	PLENÁRNÍ 1: ÚVODNÍ BLOK	Vácha M., Kocumová Z.:	Zahájení konference, uvítání účastníků	2x15'
10:30-11:00		Chvála V., Trapková L.:	Bio-psycho-socio? Co to znamená?	30'
11:00- 11:30		Křížová E.:	K alternativám medicíny.	30'
11:30-12:00			přestávka	
12:00-12:30	PLENÁRNÍ 2	Honzák R.:	Ukotvení psychosomatiky v praxi.	30'
12:30-13:00		Šimek J.:	Identita psychosomatické medicíny.	30'
13:00-13:30		Fürst A.:	Psychosomatici-disidentní medicíny?	30'
13:30-15:00			oběd	
15:00-15:30	PLENÁRNÍ 3	Zimmel F. a kol.:	Interdisciplin. spolupráce v rehabilitaci.	30'
15:30-16:00		Kabát J.:	Konflikt identit psychosomatického lékaře	30'
16:00-16:30		Kryl M.:	Štrastiplná cesta k legalizaci psychosomatické péče...	30'
16:30-17:00			přestávka	
17:00-18:30	SUBPLENÁRNÍ: DÍLNY	Čížková K.:	Taneční pohybová terapie.	90'
		Dvořáček V.:	Kelemanovo snové tělesnění .	90'
		Macháček, Erlebachová K.:	Experimentální sebezkušenost. dílna na téma dotek	90'
		Trapková L., Chvála V.:	Práce s biologickými, psychol. a sociálními tématy.	90'
19:00 - 24:00	PIZZERIA MAŠKOVKA: Volná konverzace a konzumace na vlastní účet			
pátek 17.10.				
8:00-9:00			registrace	
9:00-11:00	PLÉNUM	Weiss P.:	Integrovaná psychosomatika: rakouský model (něm.)	60'
		Loew T. H.:	Kolik Psychosomatiky potřebuje Evropa? (tlumočí L.Špís)	60'
11:00-11:30			přestávka	
11:30-12:00	PLÉNUM	Ponešický J.:	Tělo, mozek a psyché - nový pohled na psychosomatiku?	30'
12:00-12:30		Škorunka D.:	Různé dimenze psychosomatické medicíny	30'
12:30-13:00		Štrobachová I.:	Nový volitelný obor na LF 2013-14	30'
13:00- 14:30			oběd	
14:30-15:00	PLÉNUM	Kabát J.:	Specifika terapie PS pacientů	30'
15:00 -15:30		Balcar K.:	Rodinná psychosomatika	30'
15:30 - 16:00		Machander R.A.:	Bdělé vědomí a základní zdraví v terapii	30'
16:00-16:30			přestávka	
16:30-18:00	PLÉNUM	Vácha O.:	Úzká specializace versus týmová spolupráce	30'
		PANEL: O týmech	Diskutují členové týmů SKT Liberec a Psychosomatické kliniky Praha	60'
18:00-21:00	Raut a koncert Zpívá AKCENT (http://www.akcentliberec.cz/cs/)			
sobota 18.10.				
9:00-9:30	3 ČEJENSKÁ TÉMATA		1. Můj způsob integrace	90'
9:30-10:00			2. Hranice v psychosomatice	90'
10:00-10:30			3. Peníze a psychosomatika	90'
10:30-11:00			přestávka	
11:00-11:30	PLÉNUM: ZÁVĚREČNÝ BLOK	Chvála V.:	Představení nové odborné společnosti a studia oboru	20'
11:30-12:00		Ponešický J.:	Předání ceny Jana Ponešického	15'
12:00-12:30		Všichni	Co zbývá...	50'
Postery:	POSTEROVÁ SEKCE V PŘEDSÁLÍ PO CELOU DOBU KONFERENCE	Roznerová T.:	Zdravotní dopady patologického hráčství	Pos
		Víchová R.:	Autogenní trénink a strom života	Pos
		Chvála V. a kol.:	25 let místem setkávání. K výročí založení SKT Liberec.	Pos
		Kubát A.:	Jógová terapie v psychosomatice	Pos
		Pichová R., Čeveliček M.:	Model Bio-Psycho-Sociálně-Spirituálního vývoje	Pos



SOUHRNY PŘEDNÁŠEK

(audiozáznamy přednášek budou průběžně k dispozici na stránkách konference):
<http://konference.psychosomatika.cz/>

BALCAR K.: RODINNÁ PSYCHOSOMATIKA (P)



Příspěvek nabízí pohled na tradiční pojem „psychosomatických rodin“ z pohledu jeho současné platnosti a užitečnosti. Poukazuje na výzkumné a klinické zkušenosti s častějším výskytem psychosomatických onemocnění u rodin s určitými poruchovými vlastnostmi struktury a interakce, v nichž tělesný projev nemoci plní účelnou, krátkodobě takovou rodinu ochraňující, dlouhodobě ji v její porušenosti ustalující a vývojově poškozující. Výsledkem má být připomenutí vlastností takto rizikovějších rodin s výhledem na diagnostické rozpoznávání a porozumění funkci takového psychosomatického dění a zacílení terapeutické pomoci ke zdravějším způsobům zvládnání rodinného stresu, než poskytuje takto probíhající patogenní homeostatické „vyrovnávání účtů“ vzájemných potřeb v rodinném soužití.

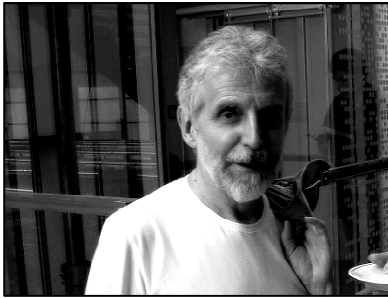
ČÍŽKOVÁ K.: TANEČNÍ POHYBOVÁ TERAPIE V PSYCHOSOMATICE (WS)



Cílem workshopu je představit účastníkům využití taneční pohybové terapie (TPT) v rámci komplexní léčby u lidí s psychosomatickým onemocněním a zaměřit se na specifika práce TPT s touto populací. Taneční pohybová terapie je metoda, jež je definována jako psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince. Tato definice zdůrazňuje celostní pojetí člověka v jeho bio-psycho-sociální jednotě a důležitost propojení všech těchto složek pro duševní a tělesné zdraví. V praxi taneční pohybové terapie vycházíme zejména z předpokladu, že tělo a mysl jsou v neustálé reciproční interakci a v pohybu se odráží osobnost a prožitky jedince. Proto změna, která se odehraje na pohybové rovině, může ovlivnit celkové fungování jedince. Taneční terapeuti se kromě verbálního dialogu věnují z velké části neverbálnímu rozměru terapeutického vztahu, kdy využívají kinestetickou empatii a pohybový dialog. Terapeut podporuje u pacientů propojení mezi pohybovou zkušeností, emočním prožitkem a kognitivním vhledem. Při práci s klientem mu umožňujeme naladit se na své vnitřní tělesně zakotvené prožívání, naučit se rozpoznat, respektovat a sdílet své potřeby a pocity, rozvíjet autenticitu, tvořivost a nové způsoby zvládnání situací (coping strategies) v každodenním životě. V tomto kontextu se zaměříme na možnosti využití této metody u lidí, kteří mají často problém rozeznávat a verbalizovat své pocity a duševní potíže sděluji somatickými příznaky.



DVOŘÁČEK V.: KELEMANOVO SNOVÉ TĚLESNĚNÍ (WS)



Tříleté zkušenosti. Na psychosomatické konferenci v říjnu 2014, pokud bude sdělení přijato, může jít jak o přednášku, tak o dílnu. V případě dílny je třeba, aby si účastníci s sebou přinesli libovolný sen. V dílně nejvíce 20 osob.

Snové tělesnění. Předpoklady: Jádrem snů jsou emoce, resp. jsou-li emoce, musí být sny. Emoce tvoří sny a sny utvářejí tělo. Stanley Keleman považuje sny za přímé vyjádření naší hluboké somatické reality. Sny zobrazují to, jak tělo používáme a zacházíme s ním, jak ho obýváme v průběhu života. Příběh emocí a snů vypráví o aktivním podílení se na utváření tělesných tvarů od mládí do dospělosti a stáří. Nuže, sny sdělují nejenom to, jak nově porozumět sobě samému a světu, ale také to, jak můžeme záměrně a příznivě ovlivnit utváření vlastního těla. Sny jsou chápány podle toho, jak používáme tělo a zacházíme s tělem, jak obýváme tělo ve svém životě.

Keleman při tělové práci se sny požaduje od lidí, aby vyprávěli své sny dopředu a zpět a prožili tak nelineární realitu. Předpokládá, že cestou zpět a na povrch se mezi různými somatickými tvary pomalu a řízeně aktivují korová zapojení svalových vzorců. Přibližujeme se tím prožitku v daném těle a jeho zobrazení v mozku. Přístup generuje prožitky a vzpomínky (paměti), které jsou asociovány s růstem osobního těla. Vyprávěním snu dopředu a zpět se zintenzivní charakteristiky postav a propojí se vzájemné vztahy mezi různými snovými těly. Utváří se vztah mezi vnitřní a vnější podobou tělesných tvarů, vnáší se tak subjektivní stránka do našeho tělesného života. Cíleně můžeme tělesnit sebe sama pomocí či prostřednictvím snových obrazů.

Postup je pětikrokový: 1. sběr snů. 2. Amplifikace tělesných charakteristik a projevů snových postav. 3. Navyklá držení těla a obvyklé způsoby projevu snových postav. 4. Tělo se učí tomu, aby si osvojilo to, co si osvojilo v imaginaci. 5. Retělesnění, opakované procítění snových postav.

PhDr. Vladimír Dvořáček:
Klinický psycholog a psychoterapeut.
Životní téma: „Černá labuť“
Životní úkol: „Ježek a liška“



FÜRST A.: PSYCHOSOMATICI – DISIDENTI MEDICÍNY? (P)



Zamyšlení nad identitou psychosomatiky se mi propojilo s úvahami nad identitou vlastní. Bilancuji svou cestu od klasické somatické medicíny přes psychiatrii k psychoterapii a psychosomacice. Co se dělo s mou profesní (osobní) identitou, proměňovala se nějak a v jakých souvislostech? A co to vůbec je, ta identita, co vše bychom si pod ní mohli představit?

Na tomto šířeji a poněkud netradičně pojetém subjektivním základě rozvíjím myšlenku o zdravé identitě pomáhajícího jako klíčové charakteristice psychosomatiky. A docházím pro někoho možná k překvapivé odpovědi na titulní otázku.

HONZÁK R.: UKOTVENÍ PSYCHOSOMATIKY V PRAXI (P)



Redukcionistický postup je plně oprávněný při tvorbě vědeckého modelu. Je-li však mechanicky přenesen do praxe, týkající se navíc živých organismů, je to z teoretického hlediska hrubá metodická chyba, z pohledu praktického zmetek. Takzvaná vědecká medicína (EBM) je poplatná paradigmatu ze 17. století o člověku = rozumném stroji, na které v praxi doplácí pacienti, zatímco farmaceutické firmy

(faktičtí hybatelé současným děním) shrabují nemravné zisky, o něž se dělí s pojišťovny. Lékaři se ocitají mezi dvěma mlýnskými kameny, reprezentovanými požadavky pacientů na jedné straně a požadavky systému na straně druhé.

Psychosomatický přístup je výzvou tomuto systému, a to výzvou značně ohrožující jeho integritu, nebude proto přijímán vlídně nikým, kdo na chodu a zisku plynoucím ze systému participuje. Jestliže na systém pohlédneme pragmaticky, je jasné, že biopsychosociální přístup nebude konvenovat představitelům ani běžným zástupcům těch oborů, které nemají větší problémy s úspěšným fungováním. To jsou obory, v nichž lékaři nemají „pacienta“ a místo něj mají operační pole. Pochopíme-li jejich vidění medicíny – jako poctivého řemesla – také pochopíme jejich, včetně lidí jinak osvícených, nevraživé postoje k psychosomacice. Bohužel technologický vývoj invazivních metod přivedl do této skupiny také kardiologie a srdce, orgán emočně silně obsazený, se stalo (dokonce vyměnitelnou) „součástí stroje“. Občasná volání po řešení úzkostí a depresí kardiologických pacientů nacházejí odezvu u distributorů anxiolytik a antidepresiv, „psycholidi“ nejsou na těchto pracovištích vítáni.

Přestože řada psychosomatiků, počínaje Heinrothem a konče plejádou současných amerických odborníků, patří mezi psychiatry, já konečně též, nevidím v tomto oboru pro psychosomatiku budoucnost. Psychiatrie ve snaze přiblížit se EBM čím dál tím více rezignuje na duši a mění se v systém stanovující dle závazných kritérií diagnózu, na kterou podává dle dalších závazných guidelines doporučenou molekulu psychofarmaka. Pokud to psychiatr neučiní, může být popotahován. Nevěřím, že by se psychosomacice podařilo tento trend zvrátit, jasný signál nám dává už platný DSM-5, patrně by také zdegenerovala stejným způsobem.



Kotviště pro psychosomatiku bych hledal v oborech, kde se stále ještě setkávají lidé s lidmi, vnímající doktoři s pacienty, kteří mají své bolesti, svá trápení, své životní styly, své lásky i nenávisti a svoje osobnosti se všemi klady a zápory. Taková místa vidím především v ordinacích praktických lékařů a ze specialistů na pracovištích alergologů, algeziologů, dermatologů, gynekologů, neurologů, pediatrů, a hlavně gastroenterologů (není náhodou, že mezi nimi se našlo v minulosti nejvíc příznivců psychosomatického vidění. ať to byl Ota Gregor či Zdeněk Mařatka; nestor české psychosomatiky Miloš Vojtěchovský má GE atestaci).

Tam si myslím, že bychom měli napřít své úsilí a hledat spojení.

CHVÁLA V., TRAPKOVÁ L.: BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ: CO TO ZNAMENÁ? (P)



Zajímavou možnost jak nahlížet na psychosomatické poruchy nabízí teorie systémů Ludwiga von Bertalanffyho a praxe rodinné terapie. Výzkum vlivu konfliktní komunikace na organismus přinesl přesvědčivé důkazy o tělesných regulacích, které jsou podkladem pro vznik nejrůznějších symptomů, už v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století. Málokterá teorie má takovou oporu v každodenní zkušenosti i v jazyce, jako teorie rodinné terapie.

Zdánlivě jednoduchá odpověď, že každá nemoc je ovlivňována jak biologickými, tak psychickými a sociálními faktory, se komplikuje, jakmile uvážíme, jakým způsobem se tyto jednotlivé oblasti lidské existence vzájemně ovlivňují. Jeden z nejsrozumitelnějších výkladů toho, jak „spolu komunikují tělo a duše“, přinesl Hans Lieb, zastánce systemického uvažování. Na rozdíl od běžného monistického chápání světa (všechno je jen chemie či všechno je jen duše), nebo od dualistických výkladů, které předpokládají (ale nenalézají) nějakou vzájemnou instruktivní komunikaci mezi tělem a duší, přichází Lieb s modelem dvou operacionálně uzavřených strukturálně sdružených celků. Představa, že tělesné i duševní jevy představují vzájemně zcela uzavřené autopoietické (seberozvíjející) autonomní celky, které jsou si vzájemně prostředím, byla revolučním objevem, který doslova změnil paradigma vědy (aspoň pro některé z nás).

Jestliže si takovouto vzájemnou uzavřenost tělesných a psychických systémů těžko představujeme, ještě obtížnější je představit si existenci další nezávislé vrstvy lidské existence, totiž systémů sociálních. Tento další krok k rozvinutí nového paradigmatu vědy učinil důsledně ve svých pracích sociolog Niclas Luhmann. Ukázal, že také sociální systémy vznikají samy ze sebe, samy udržují své trvání a operují jen svými vlastními prostředky, které nejsou ani tělesné, ani psychické podstaty. Každý systém určuje své vlastní prvky. Je-li základním prvkem tělesného systému buňka (u buněčného systému třeba organela, nebo bílkovina), u psychického systému smysl, pak u sociálního systému je to událost.

Medicína založená na biologii může intervenovat jen do tělesné oblasti; do psychické oblasti „vidíme“ skrze psychologii a psychoterapii, a rodinná terapie operuje v oblasti



sociálních systémů. Vzájemná provázanost těchto vrstev v každém okamžiku kontaktu lékaře, pacienta a jeho sociálního pole (především rodiny), naše orientace výhradně na biologické parametry, to vše způsobuje velký chaos a spoustu nedorozumění v praktické medicíně. Také vytrvale přezíravý postoj k psychosomatické medicíně u výzkumníků, kteří disponují pouze biologicky orientovaným aparátem k ověřování reality, je z tohoto pohledu pochopitelný, pro efektivitu medicíny však fatální.

MACHANDER R. A.: BDĚLÉ VĚDOMÍ A ZÁKLADNÍ ZDRAVÍ V PSYCHOTERAPII (P)

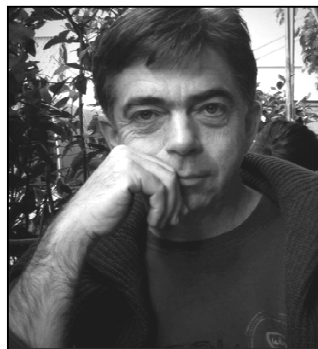


V našem organismu se neustále projevuje základní zdraví. Čím více si uvědomujeme základní zdraví mysli, tím více se posiluje základní zdraví těla. Terapeut by měl rozvíjet svoje bdělé vědomí, a tak podporovat bdělé vědomí pacienta, což rozvíjí kontakt se základním zdravím těla i mysli u obou.

Většinou jsme v terapii orientováni na samotnou poruchu, na onemocnění a tím kopírujeme přístup nemocného člověka, který je pochopitelně hodně zaujatý svojí nemocí, což je samozřejmě důvod, proč naši péči vyhledal, ale my bezděčně jeho přístup posilujeme.

Soustředění se na symptomy onemocnění, zvyšuje úzkost a snižuje vnímání základního zdraví těla i mysli. Techniky posilující bdělé vědomí – zvyšují schopnost péče, humoru, vřelosti, empatie a porozumění u terapeuta a tím současně posilují kontakt se základním zdravím u nemocného člověka..

KABÁT J. A KOL: SPECIFIKA (TERAPIE) PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ (P)



Příspěvek představuje formou kazuistiky skupinové psychoterapie léčebný program Frakcionovaného stacionáře, který na poli multimodálního terapeutického přístupu poskytuje pacientům Psychosomatické kliniky v Praze možnost získávat náhled na širší souvislosti jejich tělesných onemocnění.

Stručným přehledem současných teoretických východisek a poznatků vycházejících z vlastní klinické zkušenosti se autoři pokusí podat odpovědi na otázky jako např. „Kdo je vlastně psychosomatický pacient?“, „Čím se liší (psycho)terapie ‚psychosomatického‘ pacienta od péče o ‚běžného‘ pacienta v ambulanci psychiatra, klinického psychologa, psychoterapeuta?“

Dle klinické zkušenosti autorů zaujímá v „prekontemplační“ fázi změny nezastupitelnou roli lékař, který vhodně zvolenou formou edukace uvědomění pacienta rozšiřuje – nabízí propojování poznatků biologické medicíny s kontextem psycho-sociálním.



Vyhodnocováním sebeposuzovacích stupnic (Outcome Questionnaire-45, Illness Perception Questionnaire, Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation), které pacienti průběžně v rámci tříměsíčního stacionárního programu v pravidelných intervalech vyplňují, se pokusíme usoudit na postupný rozvoj jejich náhledu na širší souvislosti nemoci a proměnu motivace k další psychotherapeutické práci.

KABÁT J.: KONFLIKT IDENTIT PSYCHOSOMATICKÉHO LÉKAŘE (P)

Příspěvek shrnuje zkušenost autora s vývojem vlastní (profesní) identity na cestě od úzce a striktně somaticky orientovaného oboru medicíny k psychosomatice.

Hledání nové identity a adaptace na nové prostředí provázejí pochybnosti o nově stanovených cílech a hodnotách, často i zraňující rozpory mezi těžce konstruovanou subjektivní identitou a tím, jak je vnímána okolím, ať už pacienty či kolegy bývalými či současnými.

Identita psychosomatického lékaře se tvoří nelehko a velmi dlouho. Je to možná neustálý proces hledání měnících se významů a smyslu. Její vitalita a stabilita je ověřována v praxi tím, jak je akceptována okolím. Podobná těžká cesta nejspíše čeká i psychosomatickou medicínu. Téma bude také tématem jednoho ze tří českých setkání.

MACHÁČEK J., ERLEBACHOVÁ K.: EXPERIMENTÁLNÍ SEBEZKUŠENOSTNÍ DÍLNA NA TÉMA DOTEK (WORKSHOP)



Rádi bychom nabídli otevřený a bezpečný prostor pro lidi, kteří se chtějí na dobrovolné bázi aktivně zapojit a jsou ochotni zkoumat své nastavení k možnosti dotknout se sebe, druhých i otázek, které může téma „Dotek“ vyvolat.

Počet účastníků by byl omezen na 20 osob.

Na workshopu budeme prezentovat možnost práce v psychoterapii prostřednictvím kontaktu dotekem. V úvodu vysvětlíme setting, strukturu a hranice práce s dotekem. Následně proběhne vedená technika, kterou účastníci ve dvojici prožijí formou sebezkušenosti.

Bude následovat sdílení prožitku, jeho integrace, a poté reflektující diskuse a snaha o posunutí sebezkušenostního prožitku na obecnou úroveň témat, kterými se konference zabývá.

Níže dáváme k dispozici otázky, které nás napadají:



- Jaké místo má metoda doteku resp. práce s tělem v psychosomatickém přístupu? Osobní zkušenost.
- Velmi nás zajímá, jak používá a prožívá dotek lékař, psychoterapeut a fyzioterapeut. Má dotek těchto profesí nějakou odlišnou kvalitu?
- Jak tato kvalita rezonuje ve vztahu s klientem?
- Jaké jsou specifické etické otázky, které použití této metody vyvolává?

O nás:

Kateřina Erlebachová



Vystudovala Pražskou Psychoterapeutickou Fakultu VIAP, absolvovala několik akreditovaných výcviků zaměřených na Krizovou intervenci, Práci s tělem v psychoterapii, Fokusing, Terapeutickou práci s dotekem, Bioenergetické a Schmittovy masáže a Neverbální techniky komunikace. Prošla tříletou sebezkušenostní skupinou Pesso Boyden System Psychomotor Therapy pod vedením PhDr. Yvonny

Lucké a PhDr. Luboše Koblého, dvouletou skupinou Body-Mind Centeringu a v zahraničí roční přímou výukou v oboru Witnessing. Ve své praxi na Psychosomatické klinice se nejvíce zaměřuje na možnosti vnímání těla a způsoby, jak se mysl s tělesným cítěním může propojovat. Žije v Praze, zajímá se o Reichovu práci, Biosyntézu a má blízký vztah k buddhismu.

Mgr. Jiří Macháček



Vystudoval jednooborovou psychologii na FF UK. Absolvoval výcvik Integrovaní psychoterapie zaměřené na tělo, několik kurzů Fokusing a dalších metod práce s tělem. Pracuje na Psychosomatické klinice v Praze jako psycholog a psychoterapeut.

KRYL M.: STRASTIPLNÁ CESTA K LEGALIZACI PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE V LŮŽKOVÉM PSYCHIATRICKÉM ZAŘÍZENÍ (P)



V ČR je postupně budován systém pracovišť zaměřených na komplexní léčbu psychosomatických poruch. Základem této léčby je psychoterapeutický přístup v kombinaci s psychoterapeutickými postupy orientovanými na tělo. Nově vzniklé oddělení psychosomatické péče v rámci psychiatrické léčebny Šternberk (Olomoucký kraj) má ambice stát svým zaměřením po boku již fungujících a dobře zavedených pracovišť. Jde o lůžkové otevřené psychiatrické oddělení s rozšířeným spektrem psychoterapeutické a rehabilitační péče pro klientelu jak s



neurotickými poruchami, vyvolanými stresem, lehčími depresivními stavy, tak s psychosomatickými potížemi (blíže v dalším textu). Presentace našeho pracoviště odhaluje zdroje vycházející z principů celostní (komplexní, psychosomatické) péče, zasahující všechny čtyři dimenze života člověka – tělesnou, duševní, sociální i spirituální.

Uspořádání léčby formou terapeutické komunity vychází z moderních trendů komunitní péče, obsažených mj. i v nově prezentované koncepci oboru psychiatrie. Pro skupinu pacientů s psychosomatickými poruchami jsou komunitní uspořádání a psychoterapeutické postupy novým léčebným prvkem, poskytujícím významný pocit sounáležitosti, stejně jako další terapeutické faktory, jako je univerzalita („ostatní jsou na tom podobně“), altruismus („pomáhání druhým mně samému pomáhá“) či dodávání naděje („povzbuzuje mne zlepšení ostatních“). Jejich léčba tak není redukována na péči o tělo, jak byli dosud zvyklí, ale skýtá možnosti propojení duševního, fyzického a vztahového světa s veškerým potenciálem k úzdavě, či alespoň k zlepšení jejich celkového stavu.

Diagnosticky jde jednak o nositele duševní poruchy vykazující výrazně somatickou symptomatiku (skupina somatoformních poruch), ale i o pacienty s onemocněními považovanými za psychosomaticky podmíněná, jako jsou nespecifické střevní záněty, astma, poruchy imunity či endokrinologické poruchy (diabetes, poruchy štítné žlázy), hypertenze a další kardiovaskulární poruchy, migréna, dorsalgie (bolest zad) či artralgie (bolest kloubů) atd. V sociální rovině jde především o vztahové problémy, krize, rozvraty manželství či celých rodin, ve spirituální rovině pak o hledání životního smyslu a motivace, víry a naděje.

Léčebnými metodami jsou:

1. komunitní a skupinová psychoterapie v otevřené skupině,
2. nácvik relaxace metodou autogenního tréninku,
3. individuální psychoterapie,
4. farmakoterapie (psychofarmaka, léky na somatické obtíže),
5. doprovodné léčebné postupy: jóga, arteterapie, taneční terapie, pohybové aktivity vč. sportu,
6. činnostní terapie zahrnující keramiku, práce v dílnách a ateliérech a v zahradnictví,
7. léčebná rehabilitace zahrnující fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu, elektroléčbu, magnetoterapii, sonoterapii, světloléčbu a vodoléčbu, různé druhy masáží a ošetření technikami měkkých tkání, suché i parafinové zábaly atd.

Personálně pracujeme v následujícím složení: Vedoucím lékařem je psychiatr s psychoterapeutickou aprobačí, sekundární lékař-psychiatr, dále internista s nástavbovou atestací v oboru fyzioterapie a rehabilitace, mj. absolvent kurzů algeziologie a akupunktury, dále pak internista se zaměřením na revmatologii a nutrici, klinický psycholog a komunitní sestra s psychoterapeutickým vzděláním. Terapeutický tým v širším smyslu dotváří střední zdravotnický personál. V současné době je jeden z internistů zařazen do vzdělávacího programu nástavbového oboru psychosomatická medicína.



MUDr. Michal Kryl je psychiatr a psychoterapeut s výcvikem ve skupinové daseinsanalyticky orientované psychoterapii (PVŠPS). V současnosti vede psychoterapeuticky a psychosomaticky orientované oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku (Olomoucký kraj) s programem komunitní a skupinové psychoterapie. Kontakt: michal.kryl@seznam.cz

KŘÍŽOVÁ E.: K ALTERNATIVÁM MEDICÍNY

Příspěvek se zamýšlí nad sociologickým významem alternativy ve společenských řešeních problematiky zdraví a nemoci v moderní a postmoderní společnosti. Alternativa je ve zdravé společnosti všudypřítomná a je zárukou diverzity, jež je obdobně jako v ekosystémech zdrojem rozvoje a trvalé udržitelnosti celku. Tradiční společnosti byly sice sjednocené duchovním paradigmatem, ale vnitřně byly nesmírně různorodé. Teprve modernizace zplodila masovou kulturu a masovou medicínu. Zatímco v mnoha společenských oblastech



došlo od konce šedesátých let minulého století k legitimizaci alternativních přístupů (umění, hudba, ekologie, zemědělství, energetika, pedagogika, peněžnictví), v medicíně je diskuse o alternativách odlišná a tendence k monopolizaci vědecké biomedicíny jako jediné správné medicíny extrémní. To je vysvětleno civilizačním procesem medicinalizace života a existencí nesmírně složitého a sofistikovaného medicínsko-průmyslového komplexu, který obtížně dešifrovatelným způsobem propojuje rozmanité zájmy a potřeby lékařského školství, klinické praxe na jedné straně, a masmédií, producentů léků či zdravotnických technologií a pomůcek na straně druhé. Diskuse o alternativě v medicíně ale už má svou relativně dlouhou historii a sílu. Psychosomatický přístup je jednou z mnoha rozumných alternativ, nikoliv však jedinou. Dilema nestojí mezi medicínou, jež ignoruje mysl člověka, a tou, jež mu přikládá někdy až příliš velký význam tváří v tvář genetickým faktorům či zátěži životního prostředí. Dalšími významnými alternativami je sociálně ekologický model zdraví a zdravotnictví, spočívající na zdravých životních podmínkách a vztazích či komplexní alternativní léčebné systémy, jako jsou homeopatie, tradiční čínská medicína, antroposofie apod., jež jdou svým kosmologickým a spirituálním pojetím NAD rámec psychosomatického. Psychické prožívání je jen jednou z mnoha opomíjených determinantů zdraví a jakákoli absolutizace či zjednodušování vztahů mezi myslí a tělesnou úrovní by mohla být kontraproduktivní. Bylo by chybné se domnívat, že zázračné řešení se nalézá v psychosomaticce a že volba je buď-anebo. Trvale udržitelná medicína musí být pluralitní a integrativní, a jako taková bude bez diskriminace, devalvování a nadřazování využívat všechny rozumné způsoby pomoci nemocným, a to z důvodů etických, ekologických i ekonomických.



KUBÁT A.: JÓGOVÁ TERAPIE V PSYCHOSOMATICE (TÉMA K DISKUSI, POSTER)

Sdělení nabízí k diskusi úvahu o možnosti využití jógové terapie v léčbě psychosomatických poruch. Pod pojmem jógové terapie si můžeme představit specifický soubor ásán, dechových cvičení či očistných technik zaměřený na určitý typ potíží a přizpůsobovaný individuálně danému pacientovi.

Snahy o zavedení jógy do léčby tzv. funkčních poruch mají poměrně dlouhou tradici. Již ve dvacátých letech minulého století byly v Indii zakládány výzkumné ústavy a jógové školy s cílem studia jednoduchých jógických technik, které by byly použitelné pro všechny lidi a také s cílem převést jazyk jógy do vědecké terminologie (Úvahy o józe, dr. M. Bhole, 1980).

Dalším příkladem snahy o léčebné využití jógy může být Mindfulness-based stress reduction program (MBSR), který začal praktikovat r. 1979 Dr. Jon Kabat-Zinn na University of Massachusetts Medical School v USA.

V České republice se výzkumu jógy a jejich léčebných účinků věnovali v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století např. Ctibor Dostálek, Jiří Votava, Karel Nešpor, Jiří Šedivý a Věra Doležalová. Jedním z výsledků jejich práce byla i kniha *Jóga očima lékařů* z r. 1988.

V současné době je ve světě publikováno množství odborných článků uvádějících prospěšnost jógy v léčbě úzkosti, epilepsie, roztroušené sklerózy, chronické bolesti, stavů po cévních mozkových příhodách ad. Objevují se i studie snažící se prokázat léčebné efekty jógy na základě „evidence based medicine“, mívají však často problémy s randomizací či „zaslepeností“. V psychosomatice však tušíme a pracujeme s tím, že ne vše lze vysvětlit randomizovanými dvojité slepými pokusy.

Zásadní přínos jógy či „jógové terapie“ pro psychosomatiku lze spatřovat v základním principu jógy, kterým je propojení mysli (duše) a těla. Obdobně jako psychosomatika pracuje s celostním bio-psycho-soicálním pojetím člověka, stejně tak se jóga ve své tradiční podobě soustřeďuje nejen na fyzické prožívání – cvičení či pročišťovací techniky, ale především na plné vnímání a uvědomování si vlastního těla a na to, jak naše emoce i myšlení mohou ovlivňovat naše tělesné procesy.

Různé cesty tradiční jógy pak přímo mohou dávat návody, jak se zorientovat v našem sociálním prostředí, jak se zorientovat sami v sobě. Tak např. „karmajóga“ pomáhá nalézat smysl života v oproštění od vlastního já a v nezištné činnosti bez ulpívání na výsledku. „Rádžajóga“ je „královskou cestou“, která pracuje s myslí i tělem a pozvolnou očistou a ponorem do sebe vede k poznání. Předmětem „bhaktijógy“ je láska – touha po lásce a její hledání. Toto pak nalézá v lásce a oddanosti k bohu. „Džňánajóga“ je naopak cesta založená na pochybování, hledání vnitřní podstaty člověka a její základní metodou je sebedotazování – „kdo jsem já?“. (Unijóga, Ivana a Jan Kleislovi, Beta, Praha 2007).

Nyní se naskytá otázka – nenalzáme zde určité styčné body s některými „západními“ psychoterapeutickými směry? Např. v kognitivně behaviorální terapii, a zejména její 3. vlně, nazývaná např. „mindfulness based cognitive therapy“, se prolíná „východní a západní myšlení“. Právě tento psychoterapeutický směr se jeví jako mimořádně vhodný



pro kombinaci s jógovou terapií v léčbě „funkčních“ psychosomatických poruch, jako jsou bolesti zad, hlavy, pohybového aparátu nebo hypertenze, diabetes, alergie, astma a další.

Aplikace jógové terapie samozřejmě vyžaduje nejen podrobné studium jógové literatury, ale i vlastní praktikování jógy terapeutem (sebezkušenost) a dlouhodobý výcvik pod vedením zkušených učitelů. Z literatury zaměřené na jógovou terapii jsou v současnosti dostupné např.: *Jóga očima lékařů*, MUDr. Jiří Votava a kol. (Avicenum 1988), *Velká kniha jógy pro zdraví a čistotu duše*, Remo Rittiner, předmluva Rüdiger Dahlke (Pragma 2012), *Yoga Therapy*, A. G. Mohan, (Shambala, 2004), *Yoga as Medicine*, Timothy Mc Call, M.D. (Bantam 2007).

Autor: MUDr. Aleš Kubát, neurologie, Vojenská nemocnice Olomouc, Sušilovo nám. 5, 771 11 Olomouc, e-mail: a.kubat@seznam.cz

LOEW T. H.: WIEVIEL PSYCHOSOMATIK BRAUCHT EUROPA? (Kolik Psychosomatiky potřebuje Evropa?) (P)

Přestavíme téměř ve všechny země OECD, pokud jde o hustotu všeobecné lékařské, psychiatrické a psychoterapeutické ambulantní a lůžkové péče v zemi, v počtu školení, nákladů na vzdělávání a jednotlivé náklady (jak na psychoterapeuta, tak na pacienta) ve srovnání s „psychosomatickým rájem“ v Bavorsku.

KDO JE PROF. THOMAS H. LOEW?



Leiter des Zentrums für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der entsprechenden Abteilungen des Universitätsklinikums Regensburg und der Klinik Donaustauf, Vizepräsident der AEPM (Association of European Physicians for Psychosomatic Medicine), Sprecher der Direktorenkonferenz Psychosomatische Medizin, Past President der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM), Präsident der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychodynamische Psychotherapie.

Přednáška bude proslouena německy. Simultánní překlad Mgr. Lubor Špís.



PONĚŠICKÝ J.: TĚLO, MOZEK A PSYCHÉ - NOVÝ POHLED NA PSYCHOSOMATIKU? (P)

Poněšický se zabývá „středním článkem“ psychosomatiky, totiž tím, co se nachází mezi vnímáním a psychickým prožíváním různých situací a jejich tělesným vyjádřením, reakcemi, tudíž mozkovou činností – neuropsychosomatikou. Zároveň klade zpochybňující otázky, zda je mozek jediným řídicím orgánem našeho těla, či si naopak tělo „najíímá“ mozek k lepšímu řízení své homeostázy. Do jaké míry má tělo svou samostatnost, biologickou moudrost? S tím souvisí i embodiment – přímý vztah tělesnosti s psychikou. Jak souvisí tělesnost s výstavbou našeho systému já-self, a naopak? Je vyřešen problém dualismu či monismu mezi duševnem a hmotou (mozkem, tělem)?



Jsou to vlastně témata na hodinu a na dlouhé diskuse.

PLCHOVÁ R., ČEVELÍČEK M.: MODEL BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍHO VÝVOJE (POSTER)



Jak se lidé vyvíjí v psychoterapeutickém výcviku, v jakékoli péči a v každodenním životě? Reflektivně-Reaktivní kapacita a model Bio-Psycho-Socio-Spirituálního vývoje.

Pakliže uvažujeme vývoj lidí v jakémkoli kontextu, můžeme zohlednit jejich (1) biologickou, (2) psychologickou, (3) sociální a (4) spirituální úroveň vztahového způsobu bytí včetně vnitřních a vnějších dialogů a výměny darů ve vztahu. Popíšeme interakci mezi čtyřmi výše zmíněnými úrovněmi prožívání a klíčovými kategoriemi tak zvané ‚Reflektivně-Reaktivní kapacity‘ coby modelu sociálního poznání (reflektivně-reaktivní kapacitu samotnou; lokální a globální mentální pohyb; citlivost pro absorpci a odrážení zkušenosti a další). Pro tento kvalitativní výzkum byla na základech zakotvené teorie vytvořena Sdílená metoda analýzy dat o sedmi krocích coby metoda vzájemně obohacujícího výzkumu uvnitř výzkumného týmu i směrem k participantům. Výzkumný soubor tvořilo 25 frekventantů Výcviku integrace v psychoterapii. Data byla obohacena o výzkumné i terapeutické deníkové zápisky první autorky. Předkládaný model spojuje metodu, výsledky a aplikaci v jeden celek. Představuje holistický model vývoje a léčby lidí s důrazem na salutogenetický potenciál a vztahovou zodpovědnost. Implikace modelu pro praxi bude diskutována a rozvíjena v dialogu s vřele zvanými hosty u příležitosti prezentace plakátu.

Autoři
Romana Plchová & Michal Čevelíček
(Centrum Zdraví na Petynce v Praze a Masarykova univerzita v Brně)
Abstrakt



SKORUNKA D.: RŮZNÉ DIMENZE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY (P)

Příspěvek je věnován rozličným dimenzím psychosomatické medicíny. Autor vychází ze své psychiatrické a psychotherapeutické praxe, z působení na lékařské fakultě a také z vlastních zkušeností z druhého břehu v systému zdravotní péče. Zamýšlí se nad tím, z jakých oblastí poznání je vhodné doplňovat pregraduální výuku na lékařských fakultách v rámci komplexního bio-psycho-sociálního uvažování o člověku ve zdraví a nemoci a usilování o rozvoj psychosomatické medicíny. Dále autor nabízí svůj pohled na to, jaké poznatky a dovednosti jsou důležité pro klinickou praxi v této oblasti. Příspěvek zahrnuje autorův návrh na možný obsah volitelného předmětu behaviorální a psychosomatické medicíny na lékařské fakultě.



MUDr. David Skorunka, Ph.D.

Pracoviště: Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze
 Šimkova 870
 Hradec Králové, 50038
 Email: skor@lfhk.cuni.cz

Psychiatrická ambulance
 Svatohavelská 266
 Rychnov nad Kněžnou, 51610
 Tel. +420732459852

STROBACHOVÁ I.: NOVÝ VOLITELNÝ OBOR NA 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ ROČNÍK 2013/14

Zvolený název: „Psychosomatika v praxi“ – snaha o odlišení od teoretických základů, které byly prezentovány v prvních ročnících (viz přednášky dr. Šebka, dr. Massnera a dr. Roubala) a v dosavadních ročnících čtvrtých.

Struktura předmětu – jednotlivé dny, obsah a záměr.



Ohlasy studentů – shrnutí a analýza: všichni studenti (17 absolventů předmětu ze 4.–6. ročníků) odevzdalo jako povinný předpoklad k zápočtu text reflektující a hodnotící celek i jednotlivé přednášející. Navíc se všemi ještě proběhla v rámci zápočtu diskuse na toto téma.



V analýze především zvážím očekávání i kritické námitky včetně studenty uvedených námětů pro budoucnost.

Perspektiva a návaznost na další možné aktivity („Psychosomatika v praxi II“?, skupina ve spolupráci s Psychosomatickou klinikou v Praze?).

ŠIMEK J.: IDENTITA PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY



V nové době se jako první vážněji zabýval identitou jedince Erik Erikson ve svém schématu psychosociálního vývoje člověka. Identita tam zaujímá významné místo mezi dětskou hrou (jejíž součástí je i získávání prvních dovedností) a vypracováváním dospělého životního postoje. Svou identitu si člověk buduje ve chvíli, kdy rodiče přestanou být závaznou autoritou, a je nutné udělat první kroky směrem k roli svébytného dospělého člověka. V takové situaci je i psychosomatická medicína, která získala své místo v zákoně a stala se legitimní součástí postgraduálního vzdělávání.

CO JE POTŘEBA K USTANOVENÍ DOBRÉ IDENTITY?

V první řadě co možná nekonfliktní rozchod s dosavadními autoritami (v našem případě obcí lékařů a psychologů) s ponechanými otevřenými dveřmi pro další spolupráci. Ten rozchod samozřejmě nemůže být zcela bez konfliktů a bez nedorozumění. Od rodičovských autorit ale právem můžeme očekávat alespoň trochu shovívavosti. Ne každý konflikt je vinou hledajícího svou identitu.

Ve druhé řadě je nutné si ujasnit, kde jsou naše přednosti a kde slabá místa. Dohodnout se, co bude náplní oboru. Protože součástí zdravého budování identity je i rejekce nepřijatelných variant, budeme muset vymežit, co do našeho pojetí psychosomatiky nepatří.

Vybudovat identitu je možné jen v kontaktu s vrstevníky. Proto byla založena nová společnost PSM.

V sociální realitě, ve které se člověk pohybuje, musí přijmout konkrétní roli; použitelnou v daném sociálním prostředí a snesitelnou pro něj. Musí si jí sám definovat. Ani to za něj nikdo neudělá.

Identita je významným krokem k vytváření intimních vztahů. Ani intimní vztahy nejsou možné bez určité selekce. Proto i členové psychosomatické obce se budou muset rozhodnout, s kým budou vytvářet těsnější vztahy a s kým ne. Rozhodnutí nevytvářet těsnější vazby ale v žádném případě není vyhlášení nepřátelství. Sektářství je špatnou karikaturou dobrých vztahů.



VÁCHA M.: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA: POKUS O SYNTÉZU

Psychosomatická medicína, vycházející z mnoha zcela nepříbuzných oborů a pokoušející se o jejich syntézu, je možná právě tím nástrojem, kterému se v o přelomu milénia nejvíce zdaří uchopit problém člověka. Úzké vědy totiž vždy a nutně poskytují jen úzké odpovědi. Od dob Thomase Kuhna je navíc známo, že ani „nejtvrďší“ věda nepostupuje tak, že každá následná generace badatelů přinese nové poznatky, které toliko připojíme k těm stávajícím.



Nové objevy totiž velmi často prokáží především nesprávnost minulých představ. Z dějin vědy je známa překvapivě mnoho příkladů, kdy v přírodě vidíme právě jen to, co jsme předem připraveni vidět, což do určité míry diskvalifikuje i nárok těchto věd na komplexní uchopení reality, světa, jaký „je“. Psychosomatická medicína, pokoušející se propojit poznatky klasických přírodovědných disciplín spolu s jemnějšími přístupy psychologie, či dokonce včetně nekanonických či přímo (z přírodovědného stanoviska) heretických disciplín, je pravděpodobně schopna poskytnout mnohem plastičtější obraz, než může načrtnout jakýkoli úzce specializovaný obor. Po časech specializací možná právě nyní dozrál čas pro syntézu a propojování oborů, kdy celou oblast psychosomatické medicíny můžeme vnímat jako určitou avantgardu mnohem širšího procesu.

VÍCHOVÁ V.: AUTOGENNÍ TRÉNINK A STROM ŽIVOTA (POSTER)

Autogenní trénink (AT) je evropskou, tradiční a nejrozšířenější tréninkovou metodou založenou na relaxaci. Stejně jako ostatní relaxační metody vychází z poznatku o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva.

Jelikož tonus kosterního svalstva lze vůlí měnit, je zde dána možnost využití záměrné svalové relaxace k dosažení psychického uvolnění i k ovlivnění orgánových funkcí řízených vegetativní nervovou soustavou. Relaxovaný stav při omezení zevních podnětů s pohroužením do duševního klidu je zároveň vhodný pro autosugestivní ovlivnění, jehož účinky při častém opakování přesahují a umocňují dosah prosté relaxace. Metodu autogenního tréninku vypracoval berlínský neurolog a psychiatr J. H. Schultz (1884–1970), který vedle analytických přístupů zdůrazňoval význam aktivně klinických metod: hypnózy, sugesce, relaxace a tréninku.

Účinnost autogenního tréninku byla opakovaně výzkumně prokázána nejen pro zvládnutí stresu a prožitky relaxace, zlepšení koncentrace a učení, ale je velmi vhodný pro léčbu psychosomatických obtíží (např. poruchy spánku, bolesti). Má potenciál jako sebezpoznávací a seberozvojová metoda.



Nácvik, který standardně probíhá pod vedením terapeuta, např. psychologa, po jednotlivých krocích, směřuje k tomu, aby byl klient schopen cvičit AT sám, bez vedení. Cílem nácviku je skutečný autogenní trénink v pravém významu toho pojmu, abyste při cvičení byli nezávislí, autonomní.

Autogenní trénink, 88 let fungující kvalitní relaxační a sebepoznávací metodu, která se ukazuje jako vysoce účinná pro léčbu většiny psychosomatických onemocnění, si vám dovolíme představit skrze dobrého průvodce – strom života.

Autogenní trénink jako strom života

1. Kořeny: teologie, neurologie, psychiatrie, psychoterapie, hypnóza, jóga, 1. světová válka – traumatizovaní vojáci.
2. Řez kůrou: podobnost s logem, kůra jako základní stupeň, jádro jako vyšší stupeň, vrstvy: intenční formulky, barvy, předměty, osoby, otázky, hora, moře atd.
3. Koruna: jak vypadá, plody formou několika kazuistik.
4. Jak dlouho již roste? 88 let, výskyt, rozšíření do celého světa, přežití za 2. světové války v Japonsku, metoda kosmonautů.
5. Podoba AT u nás a na Slovensku: Kratochvíl, Vojáček - popularizátor, Geist, Hašto.
6. Vzdělávání v AT u nás (výzkum na VŠ, Pracovní skupina pro AT Sekce pro hypnózu 2013).
7. Současná podoba AT v psychiatrických nemocnicích, v publikacích, esoterických kurzech versus etika.
8. Co je a není AT?
9. Indikace a kontraindikace.
10. Nácvik s klienty – individuálně, skupinově.
11. Dotazy.
12. Diskuse.

Workshop: Základní přednáška může být doplněna workshopem se zážitkem základního stupně autogenního tréninku formou řízené relaxace. Omezeno na 14 účastníků.

WEIS P.: INTEGROVANÁ PSYCHOSOMATIKA: RAKOUSKÝ MODEL (P)



Vídeňská nemocnice Barmherzige Schwestern (milosrdčné sestry) má již přes 20 let oddělení pro interní medicínu a integrovanou psychosomatiku. Na tomto oddělení se léčí převážně pacienti s gastroenterologickými potížemi, s různými funkčními poruchami a pacienti a pacientky s poruchou příjmu potravy. Přednášející bude prezentovat možnosti, šance, ale i hranice podobného oddělení.

MUDr. Peter Weiss je i předsedou vídeňské lékařské komory a podá krátký přehled výuky a dostupnosti psychosomatické medicíny v Rakousku.

Délka přednášky umožní dostatek prostoru pro vaše dotazy a komentáře. Přednáška bude proslovena německy. Simultánní překlad Mgr. Lubor Špís.



**ZIMMEL, F. (PSYCHOLOG), SLOVÁK, J. (REHABILITAČNÍ LÉKAŘ), KRULÍK, J. (FYZIOTERAPEUT):
INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE PŘI KOMPLEXNÍCH
PSYCHOSOMATICKÝCH VYŠETŘENÍCH V CKP ROSETA (P)**

Centrum komplexní péče Roseta v Praze poskytuje zdravotní služby zejména v oblasti rehabilitace, fyzioterapie, psychologie a psychoterapie. Od začátku roku 2013 mají pacienti možnost využít komplexních psychosomatických vyšetření. Specifikem těchto vyšetření je nejen postupné vyšetření pacienta lékařem, fyzioterapeutem a psychologem během dvou dnů, ale zejména společné koncilium zúčastněných odborníků v délce 30-60 minut nad jedním pacientem. Komplexních psychosomatických vyšetření obvykle využívají pacienti, kterým se nedaří najít vhodnou léčbu běžným postupem v rámci zdravotnictví. Řada pacientů přichází na vyšetření z jiných regionů než z Prahy a okolí.

Předmětem prezentace bude seznámení s postupem vyšetření, používanými metodami a postupy. V prezentaci chceme sdílet dobrou praxi v rozvoji interdisciplinární komunikace mezi specialisty. Vyšetřeními doposud prošlo několik desítek pacientů. Požádali jsme pacienty o zpětnou vazbu a vyhodnocení dopadu komplexního psychosomatického vyšetření na jejich léčbu. Výsledky zpětné vazby budou prezentovány.

Součástí prezentace je diskuse nad nabytými zkušenostmi a naše výhledy do budoucna.

Mgr. František Zimmel



Pracuje jako psycholog v Centru komplexní péče Roseta v Praze. Vystudoval psychologii na FF UK a má výcvik v Integrovaní psychoterapii zaměřené na tělo. Vede skupiny bioenergetických cvičení a podílí se na vzdělávání fyzioterapeutů.



DISKUSE

ŘÍZENÁ DISKUSE NA 1. VALNÉ HROMADĚ SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY PŘI ČLS JEP DNE 22. 4. 2014 V PRAZE



Souhrn diskuse:

- Společnost psychosomatické medicíny by měla podpořit mezioborovou komunikaci se somatickými lékaři, psychoterapeuty, psychology, fyzioterapeuty atd. K tomuto účelu bychom měli podpořit tvorbu odborné a ostatním oborům srozumitelné terminologie, která výměnu usnadní.
- Společnost by měla v našem zdravotnictví podporovat informovanost o tom, jak psychosomatická medicína pracuje, k čemu je a jakým způsobem může pomoci ušetřit ve zdravotnictví peníze.
- Společnost by měla vyzdvihnout význam týmu jako hlavního pracovního nástroje psychosomatické medicíny.
- Společnost by se měla snažit o jednotné a srozumitelné vystupování vůči zdravotním pojišťovnám, aby podpořila adekvátní odměnu za výkony psychosomatické medicíny. K tomu je potřeba využít věrohodné podklady o účinnosti naší práce a faktu, že můžeme zdravotnictví ušetřit značné peníze.



- Společnost by měla psychosomatické medicíně dát formu a řád, který umožní rozlišovat, co ještě pod psychosomatickou medicínu spadá a co už ne.
- Společnost by měla podpořit jasnější definice jednotlivých spolupracujících oborů a prezentovat toto uspořádání navenek.
- Výbor společnosti by měl mezi těmi všemi úkoly určit priority a podpořit součinnost členů společnosti třeba skrz pracovní skupiny.

MUDr. Ondřej Masner

ÚPLNÝ PŘEPIS ZÁZNAMU

MUDr. Ondřej Masner (om): Na začátku nás bylo ve sdružení (SPPS) pro psychosomatiku spousta lidí a po 3 měsících to byla už jen polovina, a pak jsme byli už jen v malém kruhu. Proto jsem si myslil, že by bylo dobré využít hned toto první setkání k nějaké základní diskusi o významu a poslání nové společnosti. Navrhuji dvě témata, je ale možné připojit jakákoliv další.

První navržené téma: jak má a může nová společnost psychosomatické medicíny (SPM) komunikovat se somatickými obory?

om: Mně se to zdá být důležité téma, jak se na jedné straně vymezit a na druhé straně jak najít společný jazyk. Třeba ve sdružení jsme o tom diskutovali a např. kolega Ivan Vondřich, který tady dnes není, poukazoval na existenci nebezpečí, že psychosomatika může i něco podstatného ztratit – část své identity nebo i svobodu. Jak se tedy dá zajistit, abychom byli bráni jako rovnocenný obor a zároveň si uchovali vlastní identitu a svobodu? Co si o tom myslíte?

Prof. MUDr. Benda (pb): Myslí pánové opravdu jaký jazyk? Tak na to odpovím strašně rád. Musí se používat jazyk český, a musí se používat srozumitelně, protože když si chcete koupit v krámu housku a nedovedete říct

jasně a srozumitelně, co chcete, tak nedostanete nic nebo něco jiného. Takže jestli chceme být otevření a nechceme být elitářští, tak je určitě potřeba používat jasné termíny, kterým budou ostatní lékaři rozumět. Kdybychom používali termíny nesrozumitelné, tak nemůžeme jako společnost prorazit. Já si prosím představuji, že jako SPM máme naše konzumenty, to jsou lékaři, kteří jsou v terénu a kteří nás potřebují a kteří od nás prostě musí dostat srozumitelnou informaci.

Prof. Marcela Bendová (mb): Když jsem o této otázce uvažovala, tak jsem si vzpomněla na diskusi cca před 5 lety, kdy jsme měli klinicko-psychologický den a diskuse se točila právě o tom jazyku, nebo o způsobu dorozumívání. Psychologové, kteří nastupovali na somatické oddělení, měli potíže se prosadit, a pak ta místa byla velmi často rušena, protože lékaři říkali, že nevědí, co mají dělat, že jim nerozumějí. A my jsme tehdy řešili základní otázku, co je pro prosazení psychosomatických myšlenek nebo klinicko-psychologické práce na oddělení důležitější. Jestli to je erudovanost a vzdělání toho psychozástupce, nebo jestli je to jeho osobnost. Tehdy celá ta diskuse skončila tím, že to je vlastně věc osobnosti a že až když se ten dotyčný s tím somatickým kolektivem sžije, může to prostředí



infiltrovat se svými názory, postoji. Zrovna tak dojde k infiltraci z té somatické strany. Třeba když jsem nastoupila jako mladá psycholožka na oddělení pana prof. Uhlíře, tak po mě chtěl, abych složila za rok zkoušky z gynekologie. A byl to pro mě obrovský počin, protože jsem tím ztratila určitý pocit nejistoty mezi somatickými lékaři.

Abych to řekla stručně, já nejsem pro to, abychom se chovali jako elitáři, protože to povede k nedorozumění, ti somatičtí lékaři od nás chtějí jasnou zprávu... Dříve jsem psala zprávy na celou stránku a dnes napíšu tři věty – je to psychogenní, není to psychogenní, mohu Vám s tím pomoci, ano nebo ne, doporučuji... To je to, co somatik vezme, nic jiného ho nezajímá.

MUDr. Barbora Branná (bb): Já to vidím tak, že abychom se s psychosomatikou prosadili, je potřeba ji podporovat jak shora, tedy na politické úrovni, aby se dostala do právně uznatelných norem, tak i zdola. Když pracuji se somatickými kolegy na Ostravsku, tak zjišťuji, že potřebuji okolí připravit na to, co to ta psychosomatika je a k čemu je. Mám třeba dobrou zkušenost s tím, když jsem ostravským pediatrům přednášela o psychosomatice, že se nejprve báli, abych jim třeba nechtěla přebírat pacienty, ale pak zjistili, o co jde, a získala jsem jejich důvěru. Takže možná toto může být cesta, aby každý ve svém oboru informoval somatické kolegy jakoby zdola... Můžeme jim říct, že nemusí být všichni psychosomatici, nemusí mít všichni glejty, ale můžou zjistit, k čemu to je dobré, a můžou z toho něco mít.

MUDr. Sladká: To je ono, to je přesně ono, protože nemůžeme být všichni psychosomatici, stávající zdravotní systém neumožňuje všem doktorům takto pracovat. A proto je o to

důležitější, abychom s nimi vedli dobrou komunikaci, a k tomu je nutné, abychom se vyjadřovali jednoduše a srozumitelně, tak aby nám kolegové rozuměli. Mám takovou zkušenost, že vloni na podzim jsem s kolegou přednášela na kongresu o vertebrogenních bolestech a jejich psychoterapeutickém ovlivnění, a vůbec jsme nestihli oběd, jak se na nás po přednášce sypaly dotazy a kazuistiky kolegů, kam a jak mohou posílat pacienty. Všiml si toho i náš výbor a požádal nás, abychom založili psychosomatickou sekci.

MUDr. Vladislav Chvála (vch): Mně připadá, že když s pacientem dobře pracujeme, to, co děláme, skoro není vidět. S pacientem mluvíme tak přirozeně, že on si ani nevšimne, že se něco děje. Ale pro spolupráci s odborníky potřebujeme nějakou terminologii, která bude validní, protože to, co s pacientem probíráme, je tak obvyčejné, že oni to vůbec... (nesrozumitelné)

MUDr. Motejlová: Nejde, abychom se domlouvali jen my lékaři mezi sebou, ale myslím, že jde hlavně o pacienty, aby měli možnost si najít takového lékaře, který jim opravdu sedne. My si už nějaký způsob najdeme, jak se dorozumět...

mb: Ale ještě je tady jeden aspekt, že když pacientovi doporučíme, aby zašel za někým z psycho-oboru, pořad ještě se tomu brání a nechce se mu. Proto by bylo důležité, aby náš psycho-člověk byl rovnocenným členem lékařského týmu, aby pacienti viděli, že je od začátku u toho, že to není nějaký člověk na chvostě, ale akceptovaný odborník. Víím od praktických lékařů, že když odešlou pacienta k nám, děje se to způsobem: abychom se ujistili, že to není něco psychického, tak vás pošleme ještě na psychologii. A ten pacient, který se somatickým problémem čeká rychlou a



účinnou pomoc, třeba skrz injekci, se zapře, a spolupráce pak není možná. Takže tady pořád ještě dochází k zaměňování psychických a psychosomatických potíží, které nám pak práci s pacientem ztěžuje.

MUDr. Jan Poněšický (jp): Mám dvě poznámky: jednak, z výzkumu mozku je známo, že lidé, tedy jak pacienti, tak lékaři, nejsou schopni akceptovat něco, co je v přímém rozporu s jejich dosavadním přesvědčením. To znamená, že je potřeba postupovat postupně a třeba doktorům nabízet modely, které alespoň částečně vycházejí z jejich přírodovědeckého pohledu na člověka, třeba model stresu. Tomu pak doktoři rozumějí.

A druhá poznámka: často se mě kolegové ptají, jestli je situace psychosomatiky v Německu jiná. Odpovídám: je i není. To znamená, že když si somatičtí lékaři s pacientem nevědí rady, protože se nelepší po lécích nebo operacích, tak ho poměrně rychle pošlou k psychoterapeutovi nebo psychosomaticky vzdělanému lékaři. Na druhé straně je to stejné ve smyslu, že psychosomatické chápání se i v Německu somatickým kolegům špatně zprostředkovává (jak dosvědčuje anekdota o internistovi, který si v Düsseldorfu při vizitě sedl anorektické pacientce na postel: „Tak co, už zase schováváme jídlo pod postel?“).

PhDr. Lída Trapková (lt): Já bych se chtěla vyjádřit k založení nové společnosti a tomu, co nás čeká. To, o čem tady mluvíte, jsou různé osobní zkušenosti, které máme každý jiné, a mně se zdá, že teď je hrozně důležité, abychom vytvořili organizační strukturu, která bude dostatečně volná, abychom se v ní cítili každý s tou svou zvláštností svobodně. Musíme ale dbát i na to, aby také už měla hranice, které budou

zaručovat, že budeme věrohodným partnerem navenek. Jak vůči lékařským společnostem, tak samozřejmě i vůči pacientům. Mně se zdá, že klíčovým úkolem nové společnosti bude si uvědomovat a definovat, co to je tým. Myslím, že málokdo z nás, ať už jsme psychologové, lékaři nebo rehabilitační, může obsáhnout všechno. Proto, Marcelo, když jsi musela studovat gynekologii, tak tě lituji, naopak si myslím, že by to neměl být požadavek a že by se každý měl držet svého „kopyta“. A při tom abychom byli schopni spolupráce a komunikace mezi sebou. K tomu, co říkala Marcela, že zjistili, že je důležitá nejprve osobnost, a pak vědomost, já bych dodala, že na prvním místě by měla být zkušenost v rozhovoru mezi sebou, jinak se srozumitelnými nestaneme. Z našeho libereckého výcviku máme tu zkušenost, že je nejlepší, když je polovina lékařů a polovina psychologů, což se nám povedlo jen jednou. Ale víme, že když jeden podíl klesne pod třetinu, přestane to pracovat systémově. V rodinné terapii vycházíme ze systémové teorie a tam je tým hodně důležitý. Tým se vyvíjí, roste a mění se, ale tým se týmem stane až tam, kde začne fungovat jako jeden mozek. Specializují se v něm kompetence a je v něm možná spolupráce. Tak práce na týmu považují za hlavní úkol nové organizace, abychom nebyli jen „potěmkinovou vesnicí“, ale abychom předávali zkušenosti.

om: Děkuji. Ještě se chci krátce vrátit k původní otázce. Rozumím tomu, že budeme vystupovat jako zástupci psychosomatické medicíny a budeme jednat s jinými lékařskými společnostmi. Padl tady opakovaně názor, že bychom mohli vystupovat elitářsky, nebo ve formě, že se tomu nebude rozumět. Jak se tomu vyhnout? Jsou tady ještě jiné



možnosti, jak se tohoto nebezpečí vyvarovat?

pb: K tomu jazyku mám ještě poslední poznámku: Pokud dosáhneme na akademickou psychosomatiku, tak je ten jazyk odborný, elitářský je pejorativní podle toho, co jsme tady říkali. A ten odborný jazyk je zcela nezbytný, bude docházet k edukaci a ta interpretace pak musí být adekvátní úrovni psychologa, psychiatra nebo pacienta. Na tom se, myslím, můžeme dohodnout a řekl bych, že s tím bude souhlasit i kolega Poněšický.

jp: Mám ještě poznámku k prof. Bendovi. Zmiňoval jsi, že je také důležitý finanční aspekt, a s tím nelze než souhlasit. Myslím, že je důležité, aby psychosomatika vystupovala vůči zdravotním pojišťovnám jednotně a sebevědomě s tím, že působíme i preventivně, že pojišťovna díky psychosomatické ušetří hodně peněz na zbytečném vyšetřování a že psychosomaticky erudovaný psycholog nebo lékař musí být dobře honorovaný. Je to tak, že žijeme v materiální společnosti a každý na to hledí, takže je to i otázka naší prestiže a naše práce musí být správně ohodnocena.

MUDr. Michaela Štěpánová (mš): Byla jsem tehdy u té bouřlivé diskuse s Ivanem Vondříchem a s jeho názorem jsem nesouhlasila. Co naše psychosomatika teď potřebuje, je forma a řád. Bez toho nemůžeme jednat ani s lékaři, ani s pojišťovnami. Bez toho to zůstane takové plácání se na písku. Když jsem kolegům dala vědět o mé psychosomatické činnosti, tak hned byla spousta dotazů: „Kde jste?“, „Jak můžeme posílat pacienty?“

mb: A ještě jedna věc nám ohromně pomůže, když se nám podaří pomoci rodinnému příslušníkovi někoho z těch

vedoucích lékařů. Mám takovou zkušenost a myslím, že to je ita zkušenost, o které mluvila Lída Trapková. To nejde naráz, oni si musí na to zvykat postupně, ale podobné úspěchy tomu pomůžou.

jp: To je moc hezké, ale na druhé straně se musí počítat i s neúspěchy. Mám obavu, že v Čechách je hrozně liberální atmosféra... V Německu, které tady nechci dávat za vzor, má psychoterapie už osmdesátiletou tradici, a přitom jsou od pojišťovny uznané jen 3 PT směry – psychoanalytický, KBT a rodinná terapie. Tady u nás máme akreditovaných snad už dvacet třicet různých směrů, takže tady vidím nebezpečí, že to jednou ty pojišťovny prostě zatrhnou. Asi by bylo dobré uznat jen ty směry, kde je jejich účinnost prokázána...

om: Tak to tak vypadá, že komunikace se somatickými obory jde přes náš aktivní přístup, třeba rovnou jim vyléčit rodinného příslušníka, a věnovat se prostě tomu, aby to poznali a posléze akceptovali.

Mgr. Jana Týkalová (jt): Já jsem se ještě chtěla vrátit k jazyku a ke komunikaci. Rehabilitační lékař, fyzioterapeut a psycholog u nás provádí komplexní vyšetření nových pacientů a zatím se mi zdá, že za ty tři roky neměli potíže se spolu domluvit. A také se mi zdá být důležité, že pacienti si mohou najít vlastní cestu, tak se k nám dostanou do péče. Buď jdou rovnou k rehabilitačnímu lékaři, nebo k fyzioterapeutovi, nebo přímo k psychologovi. A už to je pro ně motivací a uvědomí si, co oni vlastně potřebují.

om: Děkuji. Tak možná můžeme přejít k druhé otázce, je trochu provokativní: „Co tedy přinese psychosomatická medicína pacientovi a našemu



zdravotnictví vůbec?“ Protože od takového přínosu se bude odvíjet legitimita naší společnosti. Hlavně to musí také fungovat uvnitř toho zdravotnictví, což nemusí být úplně jednoduché.

Neznámá účastnice: ...Myslím, že psychosomatika přivede pacienta hlavně k vlastní odpovědnosti, odpovědnosti za své zdraví, což si myslím, že všem uleví, protože se jedná často o chronicky nemocné, kteří prošli už všemi obory, a každý somatický lékař je rád pošle k psychosomatikovi.

pb: Omlouvám se, že nejsem psychosomatik, ale zdá se mi, že každá chronická, progredující choroba tvoří terén, na kterém musí pracovat psycholog. Mýlím se? Myslím, že ne. Prostě ta psychická berlička je něco, co on v této situaci potřebuje, jde o to, jak dalece budeme schopni toto vědecky dokázat. V této oblasti je obrovský potenciál psychosomatické medicíny.

It: Já bych se i přimlouvala za to, abychom si mezi sebou vyjasnili, kdo co dělá, hlavně vůči pacientům a laikům. Oni mají často „maglajz“ v tom, co dělá psychoterapeut, či psychiatr nebo psycholog. Ne každý psycholog musí být i dobrým terapeutem, a naopak. Bylo by dobré si navenek ujasnit termíny našich činností tak, aby byly pro laiky srozumitelné.

bb: ...Když se mluví o akceptaci, nejde jen o to, aby lékaři akceptovali psychology, ale i o to opačné, že totiž psychologové mají někdy potíž akceptovat naši erudici v léčení pacientů. Tak aby se nebáli, že jim budeme brát práci...

neznámá fyzioterapeutka: V našem oboru vidíme velmi často zbytečné

zákroky a i zbytečné diagnostické postupy, se kterými my pak musíme pracovat. Kdybychom to otočili, tak si myslím, že by vznikl velký potenciál ušetřit ve zdravotnictví hodně peněz. Ale nevím, jestli to bude naše zdravotnictví vnímat jako profit, protože jsou na tom mnohé medicínské obory postavené.

vch: ...To může být problém, protože je to postavené tak, že čím větší zisk, tím lépe, což vede k paradoxu, že vlastně čím nemocnější populace, tím lépe bude.

jp: Odpověď na tu otázku, co psychosomatika přináší, je poměrně jednoduchá. Největší nárůst onemocnění je v posledních letech právě v oblasti psychosomatických poruch a depresí. A deprese jdou zase často ruku v ruce s bolestivými syndromy. To znamená, že my můžeme pomoci stále většímu počtu pacientů, kteří nemají jinde možnost kauzální léčby.

om: Mě k tomu ovšem napadá, že se už nyní o tyto pacienty někdo stará, a že když teď my přijdeme s tím, že to jsou vlastně naši pacienti, že můžeme asi čekat konflikt ze strany právě těchto našich kolegů. Zase se vracíme k té mezioborové komunikaci...

mš: Já mám teď spíše otázku. Jak teď o tom mluvíme, tak si kladu otázku, jakým směrem se vlastně výbor bude chtít vydat. Je tolik různých oborů a spousta cest... jenom o čem jsme teď tady mluvili: jednání s pojišťovkami, práce s uzákoněním, akceptovatelnost psychosomatiky jak pro doktory, tak pro pacienty, i pro terapeuty a psychology... Jestli v něčem může pomoci ta základna... A co kdo jak?

It: Já si výbor představuji právě jako ten tým a chtěli jsme mít paritní zastoupení všech odborností. A přitom vycházíme ze zkušeností s českou psychoterapeutickou společností, kde ve výboru, který byl



demokraticky zvolen, je většina členů klinickými psychology, a tím vznikla menší skupina kolegů, kteří nepracují ve zdravotnictví, a ti se pak cítili být opomíjeni. Takže díky paritnímu zastoupení očekávám, že bude ve výboru vznikat to, o čem teď tady mluvíme... Ty čtyři jazyky se budou navzájem potkávat a bude se hledat společný konsensus, který se pak dá použít v jednání jednak s tím akademickým světem shora, a také s tím induktivním zdola... Jak je dobře známo, krápníky rostou zdola i shora, a když se propojí, je z toho stalagnát – a ten dobře drží.

vch: Já si představuji, že to bude fungovat tehdy, když ten výbor nezůstane izolovaný. To znamená, že výbor by měl najít způsoby, jak využije ke spolupráci základnu.... Vždyť se velmi rychle přihlásilo přes 200 členů, takže se můžou vytvořit třeba jednotlivé sekce v různých oborech nebo pracovní skupiny. Nebude to tak, že výbor rozhodne co a jak, ale jde o to, abychom se scházeli a společně našli tu správnou cestu...

om: Já bych se vším souhlasil, akorát bych přidal, že je z mého pohledu důležité si na začátku stanovit určité priority, právě protože těch cílů a úkolů je tolik. Třeba vyjednávání se zdravotní pojišťovnou považuju spíše za něco, co může přijít až úplně na konci, nejprve budeme muset definovat základní cíle a soustředit se na ně.

MUDr. ? (nebyla to Sladká, jen tak vypadala...): Jak teď tady o tom všem přemýšlím, tak si uvědomuji, že tuto

situaci znám z algeziologické společnosti, která se zakládala před deseti až patnácti lety. A chtěla bych podpořit to, co se tu říká. Důležitá je struktura společnosti, důležité je neopomíjet žádnou tu vrstvu. Postgraduální, pregraduální výuka, výzkum, ale také ta praktická činnost. Je nutné, aby společnost byla vidět i slyšet, ale bez nějaké řevnivosti a se společným cílem.

jp: Mě napadá, že to vymezení naší společnosti – i když jsem byl pro to, aby vznikla – je stejně dost problematické... My se musíme připravit na dotazy třeba psychoterapeutické společnosti, můžou nám říct, že přece všechny psychické pochody jsou spojené s tělem. Když má někdo úzkosti nebo deprese, tak je jasné, že má i somatické příznaky. A měli bychom uvažovat, jak se tady proti nim vymežeme... Třeba tím, že my dáváme větší důraz na tělo, že máme fyzioterapeuty, kteří jsou přímo na tělo zaměřeni. A bylo by dobré se více zaměřit na zdravotnictví, i to by nám pomohlo diferencovat se od terapeutů.

pb: Jedinou krátkou poznámku... Myslím, že moderní medicína je prostě interdisciplinární, je to medicína týmu, a jestliže psycholog nebo psychosomatik bude členem taktového týmu, tak musí prostě svoje kolegy přesvědčit o tom, že je užitečným členem, že to, co dělá, pomáhá. A pak mu řeknou: ano pane kolego, to je dobré.

Následovala informace o výsledcích voleb do výboru společnosti.



POLITIKA, KONCEPCE

ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ, o.s.

V Praze 8.9.2014

**Přítomni: Z.Vondřichová, D.Jandourková, J.Žmolíková, G.Seidlová,
J.Šulcová, Z.Hánová, O. Masner, I.Vondřich**

- Výbor s nadšením vzal na vědomí narození Evelyny Žmolíkové. Ještě jednou gratulujeme.
- Společnost parkinsoniků, která v minulosti zorganizovala pro naše členy přednášku, se obrátila na G.Seidlovou s žádostí na členy našeho sdružení. Společnost hledá psychologa, který by se dlouhodobě a do hloubky věnoval speciální problematice parkinsoniků. Pokud by měl některý z našich členů chuť se parkinsonikům věnovat, ať kontaktuje Dr.Seidlovou.
- 1.10 2014 v 15h se bude konat seminář v Lékařském domě (Purkyňka), který pořádá Dr.Chvála společně s organizacemi lékařské psychosomatiky a psychosomatické sekce České psychiatrické společnosti. Požádal Sdružení pro psychosomatiku o podílení se na spolupořádání akce a výbor sdružení mu vyhověl. Dr.Masner zde bude referovat o zkušenostech z návštěvy pořádané sdružením na psychosomatickém oddělení interní kliniky ve Vídni.
- Výbor diskutoval znění budoucích stanov spolku, na který se bude sdružení transformovat. Z hlavních otázek byly odhlasovány délka trvání volebního období na 3 roky, počet členů výboru stanoven na 5 osob a po konzultaci s právníkem by Spolek začal fungovat s účinností od 1.1.2015. Schválení stanov proběhne či neproběhne na členské schůzi sdružení ve středu 26.11.2014 od 17 hod. Místo konání bude upřesněno.
- V letošním roce nebude v podzimním semestru uskutečněn nepovinný předmět Psychosomatika na 3.LF. S největší pravděpodobností bude přesunut na letní semestr. Na toto téma Dr.Hánová komunikuje s vedením fakulty a bude nás o proběhách jednání informovat..

Zapsal I.Vondřich



SCHŮZE VÝBORU SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP 17.9. 2014

Informace také trvale na www.psychosomatika-cls.cz

Přítomní: Chvála, Kabát, Krulík, Masner, Poněšický, Roubal, Skálová,
Trapková, Týkalová, Jandourková j.h.

Program:

1. Kontrola min. zápisu
2. Projednali jsme přihlášky do společnosti: MUDr. Michal Kryl, Mgr. Alice Joší Lapišová, MUDr. Vladimír Kaprál, Mgr. Tereza Maková, Mgr. Bolek Tomáš, MUDr. Zuzana Sadílková, byli přijati k řádnému členství. Bc. Pavla Šimonková (nemá cv.), Michaela Tesařová (nemá cv.), prosíme CV doplnit. U MUDr. Petr Sedláčka vyjádřena pochybnost s ohledem na praxi, bude pozván na výbor.
3. Korespondence od min.výboru:
M.j. projednána nabídka projektu učebnice psychosomatiky dr.Honzáka. Otázka finanční podpory ze strany ČLS. Prosíme předložení projektu. (Honzáka osloví Chvála)
4. Logo společnosti: Týkalová prezentuje návrh paní Mgr. Milady Corvinové, PhD. Hlasováním vybrán návrh loga společnosti. Další jednání s autorkou návrhu povede paní sekretářka. Vyjedná smlouvu o dílo. Je třeba právně ošetřit autorská práva.
5. Obsah psychosomatické medicíny. Diskuse a vyjasňování postojů. Projednání témat jednotlivých oborů, které společnost sdružuje (psychologie, fyzioterapie, psychiatrie, somatická medicína) a vztahů mezi nimi. Programové priority výboru.
 - a. Fyzioterapie: Co může oboru naše společnost přinést? Uvědomění si významu vztahu pro léčbu. Postoje kolegů k problematice vztahu v terapii jsou různé, většinová část fyzioterapeutů se drží technik a metod. Psychosomatický pohled vnáší nejistotu do terapie. Proto jej nemůžeme vnucovat, ale jen nabízet kolegům s biologickým vzděláním. Psychosomatickou sekci odborná společnost fyzioterapeutů nemá. Podporovat pro rehabilitaci vhodné PT školy, třeba vegetoterapii, bodyterapii atp. Vznikne pracovní skupina pro psychosomatiku ve fyzioterapii?
 - b. Somatické obory: Chceme obohatit všechny somatické obory o psychosociální pohled na nemoc a léčbu. I zde narážíme na odpor vůči práci se vztahem. Hierarchizace oborů často brání přijímání nových podnětů z širšího informačního pole, které přináší bio-psycho-somatický pohled. Diskuse o možnostech jak pomoci rozvoji psychosomatického myšlení prostřednictvím supervize práce lékaře. Existuje cesta „zdola“, ovlivněním studentů medicíny. Lze je postupně vtahovat do kroužků, které si umí dovolit supervizi případů, protože je to zajímavá. Významná je podpora činnosti psychosomatických sekcí jednotlivých odborností. Bude dobré zjistit, které OS je mají a navázat s nimi kontakt. (Chvála)
 - c. Psychiatrie. Stojí před reformou. Je asi otázka času, než bude pracovat více psychoterapeuticky a sociálně. Budeme vycházet přátelsky ale současně si držet hranice mezi psychosomatikou a psychiatrií. Výzva psychiatrům, kteří se věnují psychosomatice, aby obnovili činnost psychosomatické sekce PS. Ta potřebuje volby nového výboru.



- d. Klinická psychologie: K čemu má sloužit vzdělávání v psychosomatice klinickým psychologům? Aby dobře spolupracovali s lékaři v týmech. Klasická psychologie jako by viděla člověka jen z té psychologické stránky. Prospělo by také psychologům pěstovat mezioborovost. Psycholog-psychoterapeut disponuje dalšími nástroji, které mohou být výhodné pro psychosomatického pacienta, zvláště když dokáže spojovat psychiku s tělem. Prosazovat možnosti společného vzdělávání v psychosomatice. Odstraňovat překážky v setkávání a absolvování společných kurzů.
6. Pracovní skupiny a společná diskuse nad tématy:
 - a. PS pro stanovy OS- Chvála, Krulík: návrh stanov projednán, bude poslán členům výboru k další diskusi
 - b. PS pro etický kodex- Trapková, Roubal: Bude třeba vytvořit etickou komisi, etický kodex s důrazem na etická témata specifická pro psychosomatickou problematiku. 5 členů. Trapková pošle materiál připravený 1. etickou komisí ČLS všem členům výboru. Vytipovat členy k volbě do etické komise. Těmi nemohou být členové výboru. Usilovat o nezávislé postavení EK a zakotvit její nezávislost ve stanovách OS. Hledat soulad mezi EK ČLS a EK SPM.
 - c. PS pro styk se zahraničím: Masner, Poněšický. Skupina přibere další členy. Zkusí dát dohromady definici psychosomatické medicíny kompatibilní s prostorem EU. Dát vědět světu zprávu, že existujeme. Pořídit různojazyčnou hlavní stránku webu společnosti. Sondovat trendy v moderní psychosomatické medicíně, včetně databáze odborných časopisů a učebnic. Shromažďovat doklady o účinnosti psychosomatických postupů.
 - d. PS pro kódy výkonů psychosomatické medicíny Kabát, Skálová: Stanovení kódů výkonů je prioritou společnosti. Zajištěn kontakt na potřebné úředníky a zjišťujeme organizační strukturu k pořízení výkonů. Bude nutno požádat o novou odbornost. Podrobnosti zjistí Kabát. Návrh je třeba podat do března. Budeme usilovat o kódy komplexního, cíleného a kontrolního psychosomatické vyšetření především pro somatické lékaře, zjistíme možnosti využití existujících kódů pro seminář týmu a rozhovor s rodinou. Návrh kódů projednáme s výbory blízkých OS, psychiatrickou a psychoterapeutickou.
7. Téma odborné akce: jaké, jak zadávat, jak schvalovat, jak označovat, centrální registr. Všechny akce, které chce organizátor zaštitit naší společností, oznámí písemně vědeckému sekretáři MUDr. J. Kabátovi. Na web dáme formulář akce! (Chvála)
8. Různé
 - a. Konference: představen krátce definitivní program. Přihlášeno 175 účastníků, z toho 69 je v naší společnosti. Sborník- jen souhrny budou v Psychosomu 3/2014

příští setkání výboru 11.11.2014 na Psychosomatické klinice od 15.00-17:00

Zapsal V.Chvála



DOPIS ČLENŮM PSM ČLS JEP – VÝZVA K SPOLUPRÁCI V PRACOVNÍ SKUPINĚ PRO STYK SE ZAHRANIČÍM

Vážené kolegyně a kolegové,

V nové společnosti psychosomatické medicíny při ČLS JEP se vytvořily pracovní skupiny, které Vám dávají možnost se aktivně zapojit do dění ve společnosti. Jedna z nich se bude věnovat kontaktu se zahraniční psychosomatikou a povedeme ji společně s panem MUDr. Janem Poněšickým.

Jako témata naší činnosti jsme si zvolili následující okruhy:

- vytvořit definici psychosomatické medicíny kompatibilní s prostorem EU.
- dát vědět světu zprávu, že existujeme.
- pořídit různojazyčnou hlavní stránku webu společnosti.
- Sondovat trendy v moderní psychosomatické medicíně, včetně databáze odborných časopisů a učebnic.
- Shromažďovat vědecké doklady o účinnosti psychosomatických postupů.

Jako vhodný předpoklad členství v naší skupině bychom předpokládali znalost jednoho cizího jazyku a/nebo pracovní zkušenost v zahraničí. Hlavně bude ale potřeba možnost a ochota naší věci věnovat čas a úsilí, tak abychom společně mohli přispět k rozvoji naší společnosti. Váš případný zájem o práci ve skupině prosím adresujte na můj mail: masnerovi@gmail.com.

S kolegiálním pozdravem

MUDr. Ondřej Masner

MUDr. PhDr. Jan Poněšický



VÝZVA PŘEDSEDNICTVA ČLS REDAKTORŮM ODBORNÝCH ČASOPISŮ

Vážená paní předsedkyně, vážený pane předsedo,
Vážená paní vedoucí redaktorko, vážený pane vedoucí redaktore,

Předsednictvo České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně bylo opakovaně osloveno Asociací inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) a požádáno o spolupráci při iniciativě „transparentní spolupráce“.

Předsednictvo ČLS JEP materiály a podklady postupně projednává, v tomto okamžiku vydává své doporučení k tomu, jak by mělo znít vyjádření autora (autorů) článků, publikovaných v odborných časopisech.

Dle názoru předsednictva ČLS JEP by každý článek, publikovaný v odborném časopise měl být doprovázen čestným prohlášením autora, zda práce byla či nebyla ovlivněna (přímo či nepřímo) firemními zájmy.

Doporučeným minimálním textem je:

a) Autor práce prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku není ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou. Toto prohlášení se týká i všech spoluautorů (jsou-li)

b) Autor prohlašuje, že v souvislosti se vznikem a tématem článku byl v uplynulých 24 měsících smluvně vázán se společností XY, obdržel finanční podporu od firmy XY pro provedení práce a publikaci, firma XY podpořila jeho účast na odborné akci, je členem Poradního sboru společnosti XY, atd (vybrat odpovídající)

První autor publikace je zodpovědný za to, že text publikace bude doprovázen sdělením podle odstavce (a) nebo (b) podle skutečné situace jeho i všech spoluautorů.

Předsednictvo ČLS JEP

POZNÁMKA REDAKCE PSYCHOSOMU:

Jsme rádi, že odborná veřejnost zastoupená předsednictvem ČLS JEP věnuje pozornost tlaku farmaceutických firem na proces publikování odborných textů. Obáváme se, že tento stav již dlouhou dobu zkresluje výsledky výzkumů v celosvětovém měřítku a může tak deformovat práci zdravotníků, kteří jsou stále více nuceni pracovat podle doporučených postupů bez ohledu na zdroje dat, na kterých doporučené postupy vznikají. Naše redakce se od samého začátku radikálně distancovala od podobných tlaků farmaceutických firem a výrobců zdravotnické techniky a vždy uváděla a dále uvádí, že tento časopis vychází bez podpory takových firem. To je důležitý aspekt nezávislosti, který považujeme za jediný možný, pokud chceme přinášet věrohodná svědectví o zdraví a nemoci a ovlivňovat tak způsob práce zdravotníků. Lze jen doufat, že doporučené prohlášení autorů nebude uveřejňováno pouze formálně.

Za redakce MUDr. Vladislav Chvála, září 2014



AKCE, NABÍDKY

SEMINÁŘE V HNÍZDĚ¹

Zasílám nabídku **seminářů**, **workshopu** a **supervizi**, které nabízí prostor Hnízdo <http://www.hnizdo.info/index.htm> v druhé polovině roku 2014. Pokud víte o někom, koho by témata mohly oslovit, prosím pošlete dál. Děkuji.

1. Informace o seminářích:

Všechny semináře mají aktuálně zažádáno o akreditaci u MPSV a České asociace ergoterapeutů. Semináře jsou určeny ergoterapeutům, fyzioterapeutům, sociálním pracovníkům, speciálním pedagogům, psychologům, lékařům, sestřám a dalším odborníkům, kteří pracují s dětmi se zdravotním znevýhodněním nebo se chtějí o této oblasti dozvědět více. Vítání jsou také rodiče a studenti.

Semináře probíhají v sobotu nebo v **neděli** (od 9.00 do 17.00) v Integračním Centru Zahrada na Praze 3 (www.iczahrada.cz)

Podrobné informace k jednotlivým seminářům a přihlášky naleznete na stránkách prostoru Hnízdo <http://www.hnizdo.info/lektor.htm>

Aktuálně vypsané semináře:

V sobotu 22. 11. 2014 proběhne seminář **Pomůcky pro děti se zdravotním znevýhodněním**, zaměřený na výběr kompenzačních pomůcek, úpravu domácího i školního prostředí a adaptaci hraček.

V sobotu 29. 11. 2014 se uskuteční semináře **Hra, hravost a tvoření dětí se zdravotním znevýhodněním**.

V neděli 30. 11. 2014 se koná seminář **Podpora soběstačnosti u dětí se zdravotním znevýhodněním**.

2. Informace k workshopu:

Workshopy jsou koncipovány jako setkání všech, které zajímá téma **Rodina a dítě se zdravotním znevýhodněním**. Jedná se o moderované setkání, vždy nad určitým tématem. Workshopy nemají akreditaci a vstupné je dobrovolné – mělo by pokrýt náklady pronájmu. Výstupem je shrnutí podnětů, informací, názorů a postřehů k danému tématu všech účastníků, které pak mají k dispozici pro případné uplatnění v praxi.

Aktuální workshop: Ve čtvrtek 27.11.2014 proběhne v IC Zahrada od 15.30 do 19.30 (doufejme, že opět multidisciplinární) setkání nad tématem **Komunikace s rodinou. Komunikace s kolegy.**

Komunikace s terapeutem.

Výstupy z minulého workshopu na téma „Potřeby a obavy (dětí, sourozenců, rodičů a pracovníků v pomáhajících profesích“ si můžete přečíst na stránce <http://www.hnizdo.info/lektor.htm> v části „Semináře a workshopy konané v minulosti“.

3. Informace o supervizi

Nabízím aktuálně jedno volné místo pro individuální a jedno pro týmovou supervizi pro pracovníky ve zdravotních a sociálních službách. Podrobnější informace naleznete na

<http://www.hnizdo.info/supervize.htm>

Děkuji za Váš čas věnovaný tomuto e-mailu.

Se srdečným pozdravem
Veronika Vítová

Kontakt: telefon: 774 064 691, www.hnizdo.info, e-mail: info@hnizdo.info nebo nikasch@seznam.cz

¹ Aktivita a název pracoviště nemá nic společného s projektem kolegy Hnízdila Hnízdo zdraví.



VÝCVIK A KURZY V ERICKSONOVSKÉ HYPNOTERAPII:

OZNÁMENÍ o novém běhu mého výcviku v barbaričovsko-ericksonovské nepozitivistické komunikační nehypnotické a hypnotické psychoterapii

Podrobnosti zde: <http://jurajbarbaric.eu/kurzy-a-vzdelavani/2014-09-12-10-57-35>

Základní kurz barbaričovsko-ericksonovské hypnózy Podrobnosti zde:

<http://jurajbarbaric.eu/kurzy-a-vzdelavani/2014-09-12-10-59-57>



NOVÝ VÝCVIK V GESTALT TERAPII OD PODZIMU 2015

Gestalt Studia

Nový komplexní psychoterapeutický výcvik v gestalt přístupu nabízí:

kvalitní psychoterapeutické vzdělávání podle
mezinárodních i českých standardů

praktické vedení při nabývání terapeutických dovedností
pro začínající terapeuty

tvořivé propojování teorie a praxe

lektorský tým z českých i zahraničních odborníků

Odborná garance:

MUDr. Jan Roubal

Bližší informace a přihlášky najdete na:

www.gestaltstudia.cz

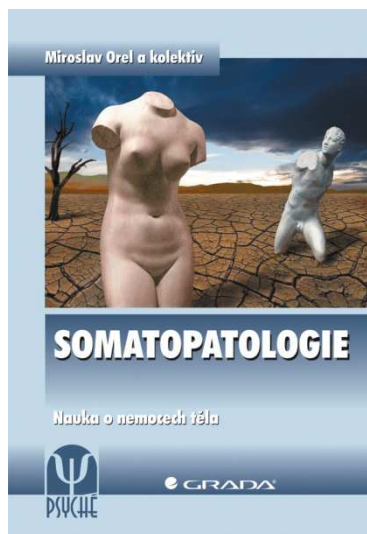


VYCHÁZÍ

SOMATOPATOLOGIE

Nauka o nemocech těla

autoři: Orel Miroslav a kolektiv
 ediční řada: Psyché
 formát: B5
 vazba: V2
 rozsah: 192 stran
 prodejní cena včetně DPH: 329 Kč
 ISBN: 978-80-247-4714-9



anotace:

Tato publikace přináší základní informace o nemocech těla. Najdete v ní poznatky o mechanismech vzniku nemocí, jejich třídění a klasifikaci, ale také o členění lékařských oborů nebo o celostním pohledu na zdraví a nemoc. Je obtížné zhustit vše, co o nemocech víme, do jedné publikace – to podstatné však v naší knize rozhodně najdete.

Autoři vycházejí ze soudobých odborných poznatků medicíny a předkládají je přijatelnou formou v podobě stručného kompendia tohoto rozsáhlého oboru. Publikace se může stát zdrojem poznání pro studenty psychologie, pedagogiky a dalších nemedicínských oborů či pro jejich absolventy, kteří pracují s druhými lidmi a kteří se s nemocí setkávají. Osloví i zájemce z řad širší veřejnosti.

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



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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

