

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

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 3/2015 dne 1. 9. 2015, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 8. 2015.

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio a Pencil Skatch. Internetová verze běží na otevřené platformě WordPress na adrese www.psychosom.cz u poskytovatele Wedos.

ISSN2336-7741 (Print) / ISSN1214-6102 (Online) / MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>

Časopis byl zařazen do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen v roce 2002 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2002 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese <http://www.lirtaps.cz/psychosom/archiv/>. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření 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 lékařské praxi či v dalších humanitních oborech, výzkumníků s praxí a studenty těchto různých oborů. Od r. 2015 je v [seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#).

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
 Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví 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, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 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
 PaedDr. ICLic. Michal PODZIMEK, Ph.D., Th.D., Fak. přírod-hum. a pedagog., TU Liberec
 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., VŠTVS Palestra Praha
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
 MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
 PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
 Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
 Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



OBSAH

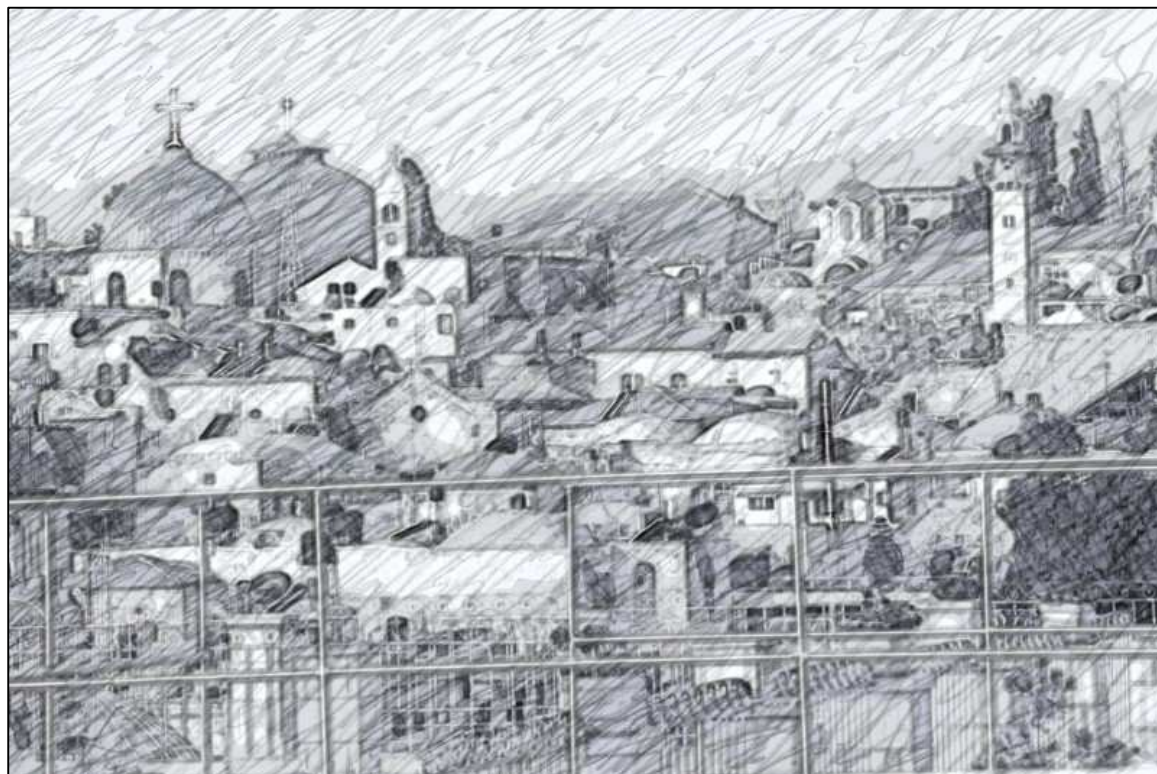
Editorial	167
<i>Chvála V.: První tisíciletý člověk je skoro zde</i>	167
Teorie	170
<i>Balcar K.: Rodinná psychosomatika</i>	170
Výzkum	180
<i>Mazúchová L., Kelčíková S., Vasilíková P.: Prežívanie žien vo vzťahu k popôrodnému bondingu</i>	180
Filosofie	189
<i>Kalábová H.: Chronický únavový syndrom – onticita a ontologie nemoci</i>	189
Etika	202
<i>Neznalost pracovníků zdravotních pojišťoven může vést k poškozování pacientů</i>	202
Politika, koncepce	204
<i>Loew T. H.: Psychosomatika je vynikající pole pro současný moderní výzkum</i>	204
Recenze, excerpta	213
<i>Černá M.: Svépomocná příručka pro sestry (Psychotriller), Radkin Honzák, Galén, Praha, 257 s.</i>	213
<i>Honzák R.: Lidský faktor prizmatem placebo efektu</i>	214
Společenská rubrika	215
<i>Honzák R.: Sedmdesát let Heleny Haškovcové</i>	215
<i>Honzák R.: Oliver Sacks, neurolog, který znal lidskou duši</i>	217
Z konferencí	219
<i>Kohút J.: Creating Connections 2015 – Reziliencia</i>	219
<i>Kabát J.: Náháéána, námanétáno</i>	221
Akce, nabídky	223
<i>16. konference psychosomatiky v Liberci</i>	223
<i>už 9. -11. 6. 2016!</i>	223
<i>VÝCVIK INTEGRACE V PSYCHOTERAPII</i>	224
<i>VÝCVIK V JUNGOVSKÉ PSYCHOTERAPII</i>	225
<i>Prostory k pronájmu Praha 6</i>	225
<i>„Komunikace s pacientem jako součást profese zdravotnického pracovníka“</i>	226
VYCHÁZÍ	228
<i>Psychologické základy verbální komunikace</i>	228



<i>Diagnostika a terapie duševních poruch</i>	229
<i>Klinická adiktologie</i>	230
<i>Psychoanalytické koučování</i>	231
<i>Pokyny pro autory</i>	232



EDITORIAL



ILUSTRAČNÍ FOTO (POHLED NA VĚČNÉ MĚSTO Z TERAS HERODOVA CHRÁMU)

CHVÁLA V.: PRVNÍ TISÍCILETÝ ČLOVĚK JE SKORO ZDE

Seděl jsem s vnučkou v hospodě, kde běžela televize. Zvuk byl tak slabý, že se dalo usuzovat jen z obrazu. Stanice ZOOM, jistě ji znáte. Příroda, věda, samé zajímavé a naučné pořady. Vnučka se rozhodla zdolat obrovskou porci, takže jsem měl dost času. Zíral jsem na něco, co by mi jinak nejspíš uniklo. Po celé ty asi dvě hodiny (řízek byl velký, vnučka velmi pomalá a umanutá) jsem byl svědkem neuvěřitelných věcí: zázraků medicíny. Autoři byli velmi schopní, technologie úžasná, iluze dokonalá. Sympatický chlapík, označovaný za prvního člověka, který se dožije jednoho tisíce let, na obrazovce postupně věrohodně stárnul, prožíval běžné nehody a trable, které tým jakéhosi

virtuálního IKEM řešil. Nebyly to snadné úkoly. Při práci na pile přišel o pravou paži. Tým mu vyrobil protézu. Pochopil jsem, že autoři ukazují, co dovede protetická technika dnes. Ale oni šli dál. Kladli si otázku, co dovede věda zítra. Výsledky současných výzkumů extrapolovali do budoucnosti, a tak odhadovali, jak asi by se taková tělesná vada mohla řešit za dvacet, třicet, sto či tisíc let... A všechno to bylo obrazově tak dokonalé a věrohodné, že jsem jako divák byl přesvědčen, že je to už skoro hotové. V dalším stupni lékaři vyráběli náhradní tkáň z kmenových buněk, a později dokonce celé orgány. To když chlapíka smetlo rychle jedoucí auto (jeho skvělá silná motorka selhala na



křížovatce). Tým lékařů byl ihned tady, a tu mu vyráběli nové plíce, další kutili nová žebra, rekonstruovali lebku, nové ledviny atd. Umělé klouby, to se rozumí, už dávno měl. Vypadal sice už spíš jako kyborg, ale stále to byl ten sympatický a živý chlapík, který si nedá pokoj a riskuje. Nebudu čtenáře napínat, technologie představovaná autory této vize světlých zítřků dokázala stárnoucímu chlapíkovi vypěstovat náhradní orgány, dokonce celou novou paži – a samozřejmě na konci tisíciletí i celé nové tělo, do kterého lékaři přenesli celou jeho tisíciletou nervovou soustavu. Tak takhle oni si představují tu celostní medicínu!

Vypadalo to, že se snad ani nepočítá s běžnými nemocemi. Naštěstí přeci jen, když přežil tu havárii, dostal docela běžnou mozkovou mrtvici. Ale ukázalo se, že jen proto, aby mohli autoři demonstrovat další úžasné technologie, nanostroje, které vpuštěny do krevního oběhu veselého chlapíka, opravují jeho ucpané cévy. To vše v dokonalých obrazech. Zatímco vnučka se věnovala již dávno studenému řízku, přemýšlel jsem, co mají autoři za lubem. Jasně šlo o reklamu na medicínskou technologii. Musela být ale velmi drahá, byla úžasná. Divák měl asi uvěřit, že dobro přichází z vědeckých laboratoří a zaplavuje svět. Chtěli občana ujistit, že se nemusí ničeho bát, nic řešit, vůbec se o sebe starat. Jen se radovat a konzumovat. A když udělá nějakou chybičku, nevádí. Řešení i těch nejvážnějších zdravotních problémů je na dosah ruky. Té ruky, která bude házet do urny (volební, samozřejmě) lístek při dalších volbách. A určitě zvolí ty představitele, kteří nebudou skoupi a budou slibovat finance na splnění snu o tisíciletém sympatickém chlapíkovi.

Takhle se na to musí, říkal jsem si. A začal jsem přemýšlet, jak by se asi dala

natočit podobně skvělá reklama na psychosomatickou medicínu, *sprechende medizin*, jak jí říká prof. Loew. Já nevím. Nejspíš by to nebylo tak atraktivní. Problémy sympatického chlapíka v práci, se ženou, s milenkou, s dětmi, se stárnoucími rodiči, s tím vším, co mu hraje na nervy, zvedá tlak, co ho (vlastně) nakonec přivede do hrobu. Normální literatura. Místy opereta.

Tak jsem se nakonec raději pustil do dalšího čísla Psychosomu. A vidím, že máme za poslední měsíc 23 569 návštěv! To vypadá, že časopis nevydáváme zbytečně. Karel Balcar se v tomto čísle ohlíží za „psychosomatickou rodinou“, jak ji před lety nazval Salvador Minuchin. Jak si stojí výzkum v téhle oblasti? Sympatické kolegyně ze Slovenska, Mazúchová, Kelčíková a Vasiľková, shromažďují důkazy o tom, že matky mají být po porodu s dětmi. Jasně že víme, že to tak má být, ale možná to lékaři už zapomněli a nedůvěřují instinktům. Co když je to nehygienické? To Helena Kalábová z Liberecké TUL se pouští rovnou do únavového syndromu. Asi neviděla ZOOM s reklamou na medicínskou technologii, když se zabývá i smyslem lidského bytí. Mně se to líbí, i když to může být pro lékaře složité, jak už fenomenologické texty bývají. Nepřinášíme nic pro praxi, žádnou kazuistiku. Ne že by nebylo dost případů, ale málokdo je chce publikovat. Zato pokračujeme v uveřejňování informací, které získáváme od prof. Loewa, tentokrát na téma výzkumu v psychosomatice. Možná vás překvapí.

Na přípravě Psychosomu se podílí nevelké množství lidí, ale stálíci mezi nimi je jazyková korektorka Pavla Loucká. Tentokrát jsem se jí zeptal, co říká novému číslu, protože vím, že je pozorný čtenář (pardon, čtenářka).



P.L.: „Mám text upravit a ne nad ním hloubat. Jde to ale vůbec?“

Při četbě článku o bondingu prožívám znova poporodní euforii nad „nejkrásnějším miminkem na světě“, a pak zoufalství nad tím, že mi ten „zázrak“ sebrali, odtrhli od těla. Je dobře, že se o tom dnes píše, jen nevím proč až dnes? Neprožívaly totéž už naše prababičky?

Společným znakem článků v čísle je po stránce obsahové podnětnost, po stránce jazykové jakási zatuhlost. Děláme to všichni – svůj text zmrazíme a slisujeme přemírou podstatných jmen slovesných, chybí v něm čerstvé sloveso, které by mu dodalo život. Nepozorujeme, nerozhodujeme se, nic neuděláme, ale „dochází k našemu pozorování a následnému vykonání rozhodnutí uskutečněním opatření“.

Psychosomatictí lékaři svým způsobem uzdravují pacientovu paměť. Pacientovi pomůže, když trefně verbalizuje (přinejmenším) svou minulost. K tomu ale potřebuje „drive“. Potřebujeme rozmznout v životě, jenže jak nás, tak

pacientův život se děje mimo jiné v jazyce. Snad se nám s pomocí Patočkových úvah podaří některé jazykové obsahy uchopit, očistit a znovu načíst?“

S chutí do nového školního roku. A nenechte se otrávit při prosazování psychosomatiky ani tak neuvěřitelným postupem České průmyslové zdravotní pojišťovny ve Šternberku, jaký řešila nezávislá skupina pro etiku. (viz oddíl Etika)

Přejí V. Chvála a P. Loucká



LOUCKÁ, TRAPKOVÁ, CHVÁLA PŘI PRÁCI NAD KNIHOU ROZHOVORŮ MUŽ A ŽENA V RODINĚ



TEORIE



ILUSTRACNÍ FOTO

BALCAR K.: RODINNÁ PSYCHOSOMATIKA

Doc. PhDr. Karel Balcar, PhD, Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Kontakt na autora: vyzkum@pvpsps.cz Rozšířené znění autorova příspěvku na 15. konferenci psychosomatické medicíny s mezinárodní účastí v Liberci „Identita psychosomatické medicíny“, 16.-18. října 2014.



SOUHRN: BALCAR, K.: RODINNÁ PSYCHOSOMATIKA, PSYCHOSOM 2015; 13(3), s.170-179
Příspěvek nabízí pohled na tradiční pojem „psychosomatických rodin“ z hlediska 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 ji poškozující úlohu. Výsledkem má být připomenutí si 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 „vyrovnávání účtů“ vzájemných potřeb v rodinném soužití.



KLÍČOVÁ SLOVA: psychosomatické rodiny, patologická rovnováha, funkce symptomu

SUMMARY: BALCAR, K.: FAMILY PSYCHOSOMATICS, PSYCHOSOM 2015; 13(3), PP. S.170-179

The paper presents a review of the traditional concept of „psychosomatic families“ from the viewpoint of its present validity and usefulness. It refers to research and clinical pieces of experience with more frequent occurrence of psychosomatic diseases in families that exhibit certain dysfunctional traits of structure and interaction, in which the somatic symptom fulfils an effective function in momentarily protecting the family from breakdown, however, in the long run, solidifying its ongoing malfunction and developmental impairment. The aim of the study is to remind of the typical characteristics of the families with such risks, with a view to diagnostic identification as well as understanding the function of such psychosomatic development, and leveling the therapeutic help to establishing more healthy ways of coping with family stress, than the ongoing pathogenic “squaring up“ of mutual needs in family cohabitation makes possible.

KEY WORDS: psychosomatic families, symptom function

PROBLÉM A METODA

Cílem této studie je stručně přehlédnout původ pojmu „psychosomatické rodiny“, raženého Salvadorem Minuchinem, a pak zvláště podpůrné i kritické argumenty ohledně jeho obsahové platnosti a praktické užitečnosti, které vycházejí z poznatků statistických a klinických studií provedených v průběhu následujících několika desetiletí.

Minuchin se spolupracovníky představil navržený „*model psychosomatické rodiny*“ především na základě klinických a výzkumných zkušeností, které popsal v několika svých publikacích od šedesátých do sedmdesátých let – Minuchin, et al., (1967); Minuchin (1973); Minuchin, et al., (1975); Minuchin, et al., (1978). Poměrně nedávný vlastní pohled na jeho historii pak alespoň okrajově podává i v úvodu k rodinně-diagnosticky zaměřené knize – Minuchin, et al., 2007.

Toto pojetí, vysvětlující příčinnou souvislost mezi určitými vlastnostmi

rodiny jako celku a vznikem právě psychosomaticky podmíněného onemocnění u jejího člena či členů, získalo v druhé polovině minulého století u „systémově“ orientovaných teoretiků a praktiků rodinné terapie značnou oblibu. Zároveň však bylo průběžně kritizováno z teoretických a metodologických pohledů, a zejména na základě odlišných výsledků získaných empirickým zkoumáním.

Předkládaný *obsahový rozbor* co možná reprezentativního výběru typických kritických studií, s výsledky ať již podporujícími, nebo problematizujícími hypotézy vytvořené k tomu v minuchinovské tradici, má být podnětem k osobnímu vážení užitečnosti, nebo nadbytečnosti pojetí „psychosomatické rodiny“, a to pokud možno z hlediska vlastní klinické zkušenosti s rodinami, u nichž se s psychosomaticky podmíněnými onemocněními setkáváme.



„MODEL“ PSYCHOSOMATICKÉ RODINY

Salvador Minuchin ve svém původním pojetí „psychosomatické rodiny“ odvozoval větší pravděpodobnost vzniku psychosomatického onemocnění v dysfunkční rodině ze společného výskytu čtyř znaků pozorovaných v interakci jejích členů. Byly to

- (1) *vzájemná vztahová „propletenost“* – nedostatek jasně vymezených hranic a zvýšený nárok na jednotu prožívání a počínání v rodině;
- (2) *„rigidita“* – nedostatek přizpůsobivosti rodinných vztahů a chování, kterou vyžadují změny v rodinné situaci;
- (3) *„přehnané ochranné ochrany“* mezi členy rodiny navzájem;
- (4) *„vyhýbání se řešení konfliktů“* nevnímáním, popř. popíráním přítomnosti osobních konfliktů v rodině (především však mezi rodiči), jež vede k jejich zakrývanému stupňování, a navíc i k zatažení dítěte do jejich skrytého průběhu a působení.

Toto své pojetí podpořil prozkoumáním interakčního chování v původně celkem

45 rodinách, v nichž se vyskytovala psychosomatická onemocnění (v 11 mentální anorexie, v 9 „psychosomatický diabetes“, v 10 astma), u dítěte coby „identifikovaného pacienta“. Úlohu zjevného somatického onemocnění poruchy bylo možno z pozorovaného dění v rodině popsat jako (1) důsledek vzrůstajícího psychosociálního napětí v rodinných vztazích, tedy jako „signál poruchy“ v uspokojování vzájemných potřeb, a zároveň jako (2) způsob účinného (byť nezdravého) náhražkového vyrovnávání právě aktuálních frustrovaných potřeb v rodinném dění. – Je ovšem na místě připomenout, že i Minuchin a jeho spolupracovníci respektovali obecně přijímanou vícečetnou podmíněnost psychosomatického onemocnění a že ve svém pojetí k takto vymezenému způsobu uspořádání rodinných vztahů a interakce jako další určující podmínku jeho vzniku a přetrvávání připojili i „*fyzilogickou zranitelnost*“ nemocného člena.

DALŠÍ BĚDÁNÍ – PODPORA A KONFRONTACE

Brzy po představení a empirickém doložení hypotetického „modelu psychosomatické rodiny“ začaly být již v osmdesátých letech zveřejňovány studie, které přinášely poznatky zčásti s tímto pojetím souhlasné, zčásti však jejich závěry v různých ohledech zpochybňující. Předmětem kritiky byly jednak hlavní teoretické pojmy v tomto pojetí uplatňované, a to z hlediska jejich obsahové nejednoznačnosti a nedostatečné praktické operacionalizace, jednak metodologické slabiny původních výzkumů, na jejichž výsledky se Minuchin se svými společníky při formulaci svého pojetí „psychosomatické rodiny“ odvolával. Reprezen-

tativní příklady uvádím přibližně v chronologickém pořadí.

Strober (1981) zjistil u rodičů anorektických a anorekticko-bulimických pacientek pomocí Family Environment Scale oproti Minuchinovu předpokladu *nadměrné kohezivnosti* (soudržnosti) takových rodin naopak pro ně příznačnou nemorbidní (téměř chorobnou) *distancovanost*. S touto i Minuchin počítá jako s patogenním činitelem, nikoli však ve svém modelu „psychosomatické rodiny“. – Tento zdánlivě rozporný nálezu mohu okomentovat tak, že obě vlastnosti rodinných vztahů, nadměrná psychologická soudržnost i



nadměrná psychologická oddálenost mezi členy rodiny, brání jasnému a působivému sdělování odlišných vzájemných potřeb a prožitků. V prvním případě vnímají členové rodiny výskyt a prosazování odlišnosti v tomto ohledu jako nežádoucí porušení nepsané úmluvy „my všichni (přece) cítíme stejně a chceme totéž“, v druhém případě tomu brání malý zájem členů rodiny zajímat se o citové a vztahové potřeby druhých. Společně oběma skupinám rodin však je obvykle to, že svůj nárok na naprostou shodu v potřebách a citech, anebo naopak svůj malý zájem o ně, jsou ochotny překonat při výskytu tělesného, tedy zjevně potvrzeného onemocnění člena „vysílajícího“ takové výzvy. Chorobný tělesný příznak se tak stává leckdy jediným způsobem účinného sdělení, jež zajistí aspoň dočasné uspokojení a prosadí vlastní naléhavé potřeby vůči druhému či druhým členům rodiny.

Kramer (1983) použil Family Environment Scale a Structural Family Interaction Scale k porovnání tří skupin anorektických pacientů navzájem i vůči srovnávací skupině zdravých osob. Zjistil u všech skupin nemocných podobné znaky rodinných vztahů, jimiž se zároveň rodiny s nemocným členem odlišovaly od rodin bez onemocnění. Jeho výsledky přitom vcelku podpořily platnost Minuchinova modelu.

Wirsching se Stierlinem (1985) zjišťovali psychosociální znaky rodin se zvýšeným sklonem ke vzniku psychosomatického onemocnění. Potvrdili u nich Minuchinem předpokládanou přítomnost vztahové „*propletenosti*“. Navíc k ní připojili poznatek, že se taková onemocnění častěji vyskytují také v rodinách „*rozdělených*“ („*split families*“), ať už rozvodem rodičů, odloučením člena nebo členů rodiny od ostatních dobrovolnou či nedobrovolnou změnou místa pobytu, a také v rodinách

„vztahově se rozpadajících“ („*desintegrating families*“), především v důsledku vzrůstajících ideových neshod. Údaje získali od celkem 55 rodin s dospívajícím dítětem, stonajícím průduškovým astmatem či atopickým ekzémem, nebo onemocněním trávicí soustavy. Nejvýrazněji se ve zkoumaném souboru ze zjišťovaných znaků vyskytl úkaz „vztahové propletenosti“, který pozorovali ve 44 % všech rodin, ponejvíce však v rodinách s gastrointestinálními onemocněními. Stav „rozdělené rodiny“ byl zjištěn u 41 % rodin s astmatickým nebo ekzematickým onemocněním. Stav „rozpadající se rodiny“ se vyskytl v počtu přibližně jedné třetiny všech zkoumaných rodin. – Krom toho, že se částečně potvrdil Minuchinův poznatek o větší „propletenosti“ a jeho pojetí vztahů v „psychosomaticky nemocných“ rodinách bylo rozšířeno o další alternativní znaky vztahové provázanosti, poukazují autoři i na to, že předpokládané vlastnosti takových rodin se mohou přinejmenším statisticky lišit podle toho, jaký druh onemocnění se v rodině vyskytuje.

Kogová se spoluautory (Kog, et al., 1985a; Kog, et al., 1985b; Kog, et al., 1987) se v téže době pustili do důkladnější revize pojmové skladby Minuchinova „modelu psychosomatické rodiny“. Přistoupili k ní konstruktivně, s pokusem reformulovat užité pojmy tak, aby jim šly přesněji přiřadit objektivně pozorovatelné míry jejich výskytu pomocí

- (1) *dotazníku*, v němž jednotliví členové rodin sdělovali, jak způsob interakce ve své rodině vnímají;
- (2) hodnocení znaků vzájemného chování jeho posouzením nezávislými pozorovateli ze získaných *videozáznamů*;
- (3) hodnocení společného *písemného výtvaru* rodiny v zadaném polostrukturovaném úkolu.



Z výsledků jejich teoretických rozborů a empirických studií lze vyvodit, že (1) původní Minuchinem vytčené znaky „psychosomatické rodiny“ vcelku *odpovídají výsledkům provedených pozorování*; (2) aby však bylo možno je přesněji empiricky ověřovat, je nezbytné jejich obsah a rozsah přesněji a „operacionalizovatelněji“ *přeformulovat*, zbavit je jednak vzájemného obsahového překrývání, jednak záměny odlišných vztahových kvalit (například prolínání interakčního uspořádání v rodině s citovými vztahy mezi jejími členy); (3) metodologicky zdokonalit jejich zjišťování vytvořením a užitím diagnostických postupů a nástrojů, které sledované znaky *adekvátně operacionalizují* a umožňují odlišit zjištěné rozdíly po stránce obsahu od rozdílů, které závisí na užitých metodách. Ze tří zde uvedených článků je příspěvek v časopise *Journal of Family Therapy* (1985b) nejrozsáhlejším a po stránce pojmoslovné i metodologické nejvydatnějším propracováním východisek původního minuchinovského pojetí.

Hlavním výsledkem práce Kogové a jejích spoluautorů je teoretická reformulace a praktická operacionalizace minuchinovských znaků „psychosomatických rodin“ v pojmech (1) *„intenzity“ nitrorodinných hranic*, (2) *stupně rodinné přizpůsobivosti*, (3) *způsobu zacházení s konflikty*. V těchto ohledech však nevyhlašují obecná diagnostická měřítka, protože to, v jaké míře je zjištěná povaha rodinné interakce zdravá či nezdravá, je závislé na kombinaci těchto znaků s ohledem na stadium vývoje rodiny a na právě přítomné situaci rodiny. Navíc autoři opouštějí tradiční medicínský typologický přístup, který by v tomto případě odlišoval rodiny „psychosomatické“ od „nepsychosomatických“ a přiřkláňjí se k popisu „psychosomatickosti“ té které

rodiny v pojmech odstupňovaných diagnostických znaků dimenzionální, tedy spojitě narůstající, povahy.

Kramer v roce 1988 podává přehled dosavadních výzkumů v oblasti Minuchinova pojetí vztahové a interakční struktury „psychosomatických rodin“ pro rodiny s anorektickým pacientem. Z výsledků 15 studií uzavírá, že různí badatelé v této oblasti dospívají často k *protikladným nálezům*. To vysvětluje metodologickými nedostatky výzkumů a odlišnostmi porovnávaných souborů, které mohou být za neshody odpovědné. V tomto ohledu navrhuje některá potřebná zdokonalení výzkumných projektů, která by mohla zpřesnit jejich objektivitu, reprezentativnost a validitu užitých metod.

Liedtke (1990) se pokusil o výzkumné zmapování výchovných stylů v 79 rodinách, v nichž bylo dítě nemocné psychosomaticky (30x průduškovým astmatem, 19x vředovou kolitidou, 30x atopickým ekzémem), v porovnání s 50 rodinami s neurotickým dítětem. V dotaznících podaných dětem a rodičům zjišťoval vnímání rodičovských výchovných postojů, postupů a cílů. Znaky, ve kterých se tyto dvě skupiny lišily, svědčí o těsnějších citových vazbách psychosomaticky nemocného dítěte s matkou i s otcem. Uzavírá, že získané poznatky jsou v souladu s pojetím *„omezující socializace“* v psychosomatických rodinách.

Spannuth (1997) podává přehled řady studií o úloze dysfunkční interakce v rodinách při vzniku mentální anorexie. Uzavírá, že získávané doklady pro specifickou konstelaci rodinných vztahů jsou *navzájem rozporné*. Výzkumy ukazují značnou měnlivost obrazů rodinné struktury, přinášejí zjištění často protikladná, a to někdy ve shodě, jindy v neshodě s původním Minuchi-



novým modelem „psychosomatické rodiny“.

Northey (1998) se spolupracovníky zjišťovala způsoby interakce mezi manželi v celkem 40 rodinách, z nichž polovina měla dítě s astmatem, polovina bez astmatu. Na základě pozorování probíhajícího a zaznamenaného v domově rodiny uzavírá, že rodiče s psychosomaticky zdravým dítětem více projevovali vzájemný nesouhlas a více spolu vyjednávali oproti rodičům s dítětem astmatickým; ti naopak vykazovali více starostlivé péče. To odpovídá Minuchinovu obrazu „psychosomatické rodiny“ z hlediska vytčených znaků – „*uhýbání před řešením konfliktů*“ a „*přehnaného ochránítelství*“.

Miller a Swinney (2000) souhlasně odkazují na Minuchinův model a na úlohu symptomu jako *regulátoru dění* v rodinné soustavě, v níž převládá *triangulace, koalice rodič-dítě* (tyto dva znaky nacházejí u zjevně ve vzájemném konfliktu stojících členů rodičovského páru, kde pak je dítě otevřeně spřaženo s jedním z nich), *řešení konfliktu oklikou* (kdy rodiče jsou navenek jednotní, převádějí svůj konflikt do postoje buď ochraňování, nebo obviňování nemocného dítěte, které bývá označeno jako jediný problém rodiny).

Kaugars, et al. (2004) podávají přehled literatury ke vztahu znaků rodiny a vývoji astmatického onemocnění. Uzavírají, že v dosavadním zkoumání jsou značné mezery vzhledem k metodologickým nepřesnostem (např. ve velikosti a způsobu výběru zkoumaných vzorků) a nepřiměřeně zjednodušujícím modelům. Připomínají navíc potřebu zkoumat vzájemné působení psychologických a somatických úkazů longitudinálně v průběhu vývoje onemocnění.

Herpertz, et al. (2011) poskytují „pohled z druhé strany“: *Odmítají minuchinovskou hypotézu*, že zdrojem rozvoje mentální anorexie je rodinná struktura vyznačená přehnaně ochránítelskou a konfliktům se vyhýbající interakcí rodiče s dítětem. Proti tomu staví poznatky o *neuroendokrinních a neurotransmiterových zvláštnotech*, které lze u dětí později postižených mentální anorexií zjišťovat už od malička v projevech *temperamentových vlastností* – výrazné utlumenosti, perfekcionismu, zesílenému vyhýbání ohrožení – a potom i v kognitivních nedostacích, a to nezávisle na tělesné hmotnosti a stavu choroby. Začátek nemoci pak může být spuštěn (pouze) fyziologickými a psychologickými změnami a zvýšenými společenskými nároky v průběhu puberty. Vzniklé onemocnění pak přináší další „biologické jizvy“, které nemoc udržují či urychlují její rozvoj, popřípadě vedou k chronickým psychickým a sociálním poruchám v dospělosti.

Aragona, et al. (2011) testovali platnost dvou znaků Minuchinova modelu „psychosomatické rodiny“: vztahovou „*propletenost*“ (operacionalizovanou zde jako vysokou soudržnost rodiny) a vývojovou „*rigiditu*“ (operacionalizovanou zde snahou uchovat dosavadní stav a popírat potřebu změny v rodině). U 30 klinických rodin (otec, matka, dcera s mentální anorexií) a 30 rodin neklinických porovnali jejími členy vnímanou a žádanou kohezi a adaptabilitu vlastní rodiny pomocí italského znění dotazníku FACES III. *Zvýšenou úroveň koheze* zjistili jak u klinických rodin, tak u neklinických. *Úroveň rigidity a adaptability* byla v obou souborech v pásmu normálu. Jejich zjištění tedy bylo *v rozporu s minuchinovským modelem* „psychosomatické rodiny“. Uzavírají, že původní Minuchinova studie, na níž své pojetí



založil, proběhla v jiné době a jiné části světa, což se mohlo projevit odlišným sociálně-kulturním kontextem. Vytčené znaky „psychosomatické rodiny“ mohly být v tehdejší americké společnosti pokládány za abnormální, v současné Itálii však za normální. Nebo se změnila závažnost diagnostikovaných a zkoumaných případů poruch příjmu potravy – dříve šlo spíše jen o výraznější případy, nyní i o něco mírnější intenzity. Doporučují namísto tradičního stereotypu „psychosomatické rodiny“ užívat *modely lépe přizpůsobitelné zkoumaným rodinám a jejich společenskému a kulturnímu prostředí*, a také více zacílené na pozitivní zdroje – silné stránky a zdravé tendence – v rodině s nemocným členem.

Theodoratou-Bekou, et al. (2012) se odvolávají na Minuchinův „model psychosomatické rodiny“ předpokládající přispívání určitého uspořádání rodinných vztahů a interakcí (za přítomnosti fyziologické zranitelnosti dítěte) ke vzniku a přetrvávání psychosomatického onemocnění. Jimi zde navržený „*biobehaviorální model rodiny*“ z něj explicitně odvozují. Oproti Minuchinově pojetí „typu“ takto disponované rodiny však zdůvodňují alternativní pojetí *potenciálně patogenních „dimenzí“* rodinné struktury a *složitějších způsobů interakce mezi nimi* jako lépe popisující poruchový vývoj. Svůj model označují jako „model interakce a působení různých konfigurací vztahových procesů v rodině“, kterými lze vysvětlit zvýšenou pravděpodobnost vzniku „stresových onemocnění“, jak obecně označují různá psychosomatická onemocnění. Funkčnost svého kontinuálního (dimenzionálního) pojetí pak dokládají teoretickými příklady a některými empirickými doklady o takových interakcích, a posléze ji

ilustrují velice podrobným rozбором případu astmatického onemocnění u 15leté dívky v rodině, jejíž vnitřní psychosociální skladbu důkladně popisují pomocí *modelu rizikových dimenzí* tam zjišťovaných.

Coyne (2014) poukazuje na to, že Minuchin a spol. *dostatečně neprokázali* souvislost mezi vzorci fungování rodiny a s nimi spojovanými onemocněními. Kritizuje malý rozsah zkoumaných souborů a také to, že přijetí Minuchinova pojetí „psychosomatické rodiny“ implicitně nabízí obviňování rodičů za to, že neřeší svůj konflikt a zatahují do něj dítě, jež pak svým onemocněním jim pomáhá odpoutat od něj pozornost a plní tak homeostatickou úlohu v rodinné „patologické rovnováze“. Na dramatickém případě neregulovaného diabetu ukazuje, jak naopak spoléhání na zmíněný „model“ při intervenci psychologičky nebezpečně zpozdilo nezbytnou somatologickou diagnostiku a léčbu. Uzavírá, že je *nesprávné* překotně předpokládat přímou *příčinnou souvislost mezi rodinnou interakcí a fyziologickými ději*, zvláště když se odvolává na činitele, které nemůžeme přímo měřit.

Kékes Szabó a Kováry (2014) provedli rozsahem značně omezenou případovou studii. Užili v ní Family System Test ke zjišťování stupně rigidity a konfliktnosti rodin vzájemným porovnáním v testu vyjádřených vztahů ve dvou rodinách s nemocným adolescentem (astma, panická porucha) a ve třetí rodině se zdravým dospívajícím. Uzavírají, že test vykázal v rodinách s psychosomaticky nemocným členem *rigidnější setrvávání na navykklých způsobech vztahování* než u zdravé rodiny, což podporuje minuchinovskou hypotézu o *zvýšené úrovni rigidity* v „psychosomatické rodině“.



ZÁVĚRY A NÁMĚTY

Přehled závěrů ze souboru vybraných studií, které se pojetí „psychosomatické rodiny“ týkají, vyznívá vcelku spíš výjimečně naprostým „NE“, zpravidla vztaženým nejen k tomuto pojmu, nýbrž vůbec k obavám z nesprávné redukce somatického onemocnění na psychogenní. O něco častěji, i když též v menšině, nacházím závěry typu „ANO“, s jednoznačnou podporou minuchinovského pojetí, zpravidla nikoli na základě zkoumání všech jeho znaků, nýbrž jen některých z nich. Nejčastější závěry k němu říkají „ANO, ALE“: V zásadě platnost původních znaků rodinných vztahů a interakci podporují, avšak zdůrazňují potřebu přesněji je vymezit po stránce pojmoslovné i metodologické, popřípadě jejich výčet rozšířit o další.

Minuchinovo pojetí typických znaků „psychosomatické rodiny“ si tedy nesporně zasloužilo a zasluhuje jednak *výzkumnou a klinickou reflexi*, jednak *revizi* v několika podstatných ohledech:

K pojmovému vymezení „psychosomatické rodiny“:

- Vytčené vztahové a interakční znaky jsou intuitivně pochopitelné, jejich vztah ke vzniku právě somatických příznaků je srozumitelný.
- Výzkumné ověřování a klinické diagnostikování těchto znaků vyžaduje jejich obsahově přesnější vymezení, aby bylo možno je zbavit zjevné nejednoznačnosti a stanovit způsoby jejich operacionalizace rodinně diagnostickými postupy.
- „Vyčištění“ definic znaků příznačných pro rodiny s vyšší pravděpodobností vzniku a trvání psychosomaticky podmíněného onemocnění vede v některých ohledech k posunutí jejich původního pojetí v minuchinovském „modelu“.

K obecné platnosti pojmu „psychosomatické rodiny“:

- Dosavadní zkoumání typových znaků u různých souborů rodin ukazuje, že existují značné rozdíly mezi nálezy jednak u odlišných druhů psychosomatických onemocnění, popřípadě i v porovnání se zdravými rodinami, jednak v různém kontextu doby a místa jejich sociálně-kulturního začlenění. V takto odlišných případech zkoumání vycházejí úměrně tomu společné znaky rodin s psychosomaticky nemocným členem v odlišných konstelacích.
- Vyplývá z toho, že i při zjištěních v nějaké míře podporujících minuchinovo pojetí rodinně diagnostického syndromu znaků „psychosomatických rodin“ nelze spoléhat při vysvětlování a při terapeutické intervenci pouze na jejich vliv a že je na místě přibrat k tomu další prokázané vlivy na úrovních (1) orgánové „nabídky“ (s čímž Minuchin počítá), (2) organismové regulace (endokrinní, nervové), (3) osobnostní (temperamentové, motivační), a (4) vlivů vůči jedinci a rodině vnějších (stresových událostí).

K podobě „modelu“:

- Stejně jako u jiných diagnostických kategorií v psychologii a psychopatologii, i v rodinné diagnostice přibývá důvodů, proč překročit rámec „typologií“ směrem k individuálním případům přizpůsobivějším modelům „dimenzionálním“. Minuchinovské typologické odlišení typu rodin „psychosomatických“ od (sice takto nejmenovaného, avšak z logiky vyplývajícího) typu či typů rodin „nepsychosomatických“ tak pravděpodobně zaslouží empiricky podložené „rozebrání“ do souboru jednotlivých, spojitě pojímaných vlastností rodinné struktury a rodinné interakce, které pak i v proměnlivě utvářených konstelacích své zjišťované míry umožní přesněji porozumět



psychosomatickému dění v konkrétních skupinách rodin či v individuálních rodinách.

- Hledání „typických profilů“ rodinné struktury pro rozdílné druhy psychosomatických onemocnění, popřípadě přihlédnutí k dalším úrovním života nemocného a rodiny, by pak mohlo poskytnout (oproti všeobecně

pojatému syndromu „psychosomatické rodiny“) hlubší porozumění. U konkrétních skupin či individuálních rodin by uplatňující se souvislosti umožnily vysvětlení psychosomatického dění v dané rodině a podle toho i přesnější indikaci konkrétněji zacílených terapeutických intervencí.

Do redakce přišlo: 21. 6. 2015

K tisku zařazeno: 31. 8. 2015

Konflikt zájmů: není znám.

LITERATURA

1. ARAGONA, M., CATPANO, R., LORIEDO, C., ALLIANI, D. The „psychosomatic“ family system: Are families with eating disorders more enmeshed and rigid than normal controls? *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2011, 4, 1, 10-15.
2. COYNE, J. C. *Family interaction and health: Recalling demise of the psychosomatic family model*. Introduction to symposium held at International Congress of Behavioral Medicine, Groningen, August 2014. [online] [cit. 2014-09-21] Dostupné z: <http://jcoynester.wordpress.com/2013/08/14/family-interaction-and-health-recalling-demise-of-the-psychosomatic-family-model/>
3. HERPERTZ-DAHLMANN, B., SEITZ, J., KONRAD, K. Aetiology of anorexia nervosa: From a „psychosomatic family model“ to a neuropsychiatric disorder? *J. of Clinical Neuroscience*, 2011, 261, Suppl. 2: 177-181.
4. KAUGARS, A. S., KLINNERT, M. D., BENDER, B. G. Family influences on pediatric asthma. *J. of Pediatric Psychology*, 2004, 29, 7, 475-491.
5. KÉKES SZABÓ, M., KOVÁRY, Z. Comparative study of static and dynamic family representations in psychosomatic families. Case study. *European Psychiatry, Suppl. 1*, 2014, 1.
6. KOG, E., VANDEREYCKEN, W., VERTOMMEN, H. Towards a verification of the psychosomatic family model. A pilot study of 10 families with an anorexia/bulimia nervosa patient. *International Journal of Eating Disorders*, 1985a, 4, 525-538.
7. KOG, E., VANDEREYCKEN, W., VERTOMMEN, H. The psychosomatic family model. A critical analysis of family interaction concepts. *J. of Family Therapy*, 1985b, 7, 31-44.
8. KOG, E., VERTOMMEN, H., VANDEREYCKEN, W. Minuchin's psychosomatic family model revised: A concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Family Process*, 1987, 26, 2, 235-253.
9. KRAMER, S. H. *Bulimia and related eating disorders: A family systems perspective*. Unpublished doctoral dissertation. California School of Professional Psychology, San Diego, 1983.
10. KRAMER, S. H. Family structure of interpersonal relationships in the eating disorders. In: Blinder, B. J., Chaitin, B. F., Goldstein, R. *The eating disorders*. PMA Publishing Corp., 1988, 165-176.
11. LIEDTKE, R. Socialization and psychosomatic disease: An empirical study of the educational style fo parents with psychosomatic children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1990, 54, 208-213.
12. MILLER, I., SWINNEY, G. Counseling philosophy and the consciousness restructuring process. [online] *Asklepia Foundation*, 2000 [cit. 2014-10-08]. Dostupné z: http://www.reocities.com/ioa_m/Chaosophy2/CounselCRP.html
13. MINUCHIN, S., MONTALVO, B., GUERNEY, B., ROSMAN, B., SCHUMER, F. *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. New York: Basic Books, 1967.
14. MINUCHIN, S. *Families and family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973.
15. MINUCHIN, S., BAKER, L., ROSMAN, B., LIEBMAN, R., MILMAN, L., TODD, T. (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32: 1031-1038.
16. MINUCHIN, S., BAKER, L., ROSMAN, B. (1978) *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
17. MINUCHIN, S., NICHOLS, M., LEE, W. Y. *Assessing families and couples: From symptom to system*. Boston: Pearson: Allyn & Bacon, 2007.



18. NORTHEY, S., GRIFFIN, W. A., KRAINZ, S. A partial test of the psychosomatic family model: Marital interaction patterns in asthma and nonasthma families. *J. of Family Psychology*, 1998, 12, 2, 220-233.
19. SPANNUTH, W. A. *Family structure in eating disorders* [online].1997. [cit. 2014-10-04]. Dostupné z: www.vanderbilt.edu/AnS/psychology/health_psychology/famstruc.html
20. STROBER, M. The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiological factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1981, 1, 28-43.
21. THEODORATOU-BEKOU, M., ANDREOPOULOU, O., ANDRIOPOULOU, P., WOOD, B. Stress-related asthma and family therapy: Case study. *Annals of General Psychiatry*, 2012, 11, 28.
22. WIRSCHING, M., STIERLIN, H. Psychosomatics: I. Psychosocial characteristics of psychosomatic patients and their families. *Family Systems Medicine*, 1985, 3, 1, 6-16.

INFORMACE O AUTOROVI

Doc. PhDr. Karel Balcar, PhD. je psycholog, v současnosti se věnuje výzkumu, výuce a klinické práci v oborech psychologie, psychosomatiky a psychoterapie především na Pražské vysoké škole psychosociálních studií a Psychoterapeutické a psychosomatické klinice ESET.



K.BALCAR PŘI PRÁCI (VÝCVIK RODINNÉ TERAPIE, LIRTAPS, 2014)



VÝZKUM



ILUSTRÁČNÍ FOTO. Z ČEJENSKÉ KONFERENCE

MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., VASIĽKOVÁ P.: PREŽÍVANIE ŽIEN VO VZŤAHU K POPÔRODNÉMU BONDINGU

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD. – odborná asistentka Ústavu pôrodnej asistencie Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine v SR.



SOURH: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., VASIĽKOVÁ P.: PREŽÍVANIE ŽIEN VO VZŤAHU K POPÔRODNÉMU BONDINGU. PSYCHOSOM 2015; 13(3), s. 180- 188

Naším cieľom je poukázať na dôležitosť podpory popôrodného bondingu, čiže bezprostredného kontaktu matky s dieťaťom po pôrode, odhaliť túžby, pocity žien a zistiť ich prežívanie vo vzťahu k bondingu. Štúdie sa zúčastnilo 2001 žien (vek 29,96 rokov \pm 5,34 rokov), ktoré rodili spontánne v období za posledné tri roky. Metódou zberu údajov bol dotazník vlastnej konštrukcie. Pre vyhodnotenie sme použili deskriptívnu štatistiku. Zistili sme, že väčšina žien (93,90 %) túžila po bondingu a mala silu (82,86 %) byť bezprostredne po pôrode v kontakte so svojím dieťaťom. Po separácii dieťaťa matky prežívali strádanie (36,53 %), strach o dieťa (22,04



%), smútok (11,29 %). Zo strany pôrodných asistentiek/sestier podpora bondingu by mala patriť medzi priority. Podporou bondingu pôrodé asistentky/sestry podporujú fyziologickú, imunologickú a psychologickú adaptáciu dieťaťa a matky a dávajú zdravý základ vzťahovej väzby.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: popôrodný bonding, prežívanie žien, vzťahová väzba, pôrodné asistentky/sestry

SUMMARY: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., VASILEKOVÁ P.: WOMEN EXPERIENCING RELATION TO POSTPARTUM BONDING. PSYCHOSOM 2015; 13(3), PP. S. 180- 188

Our aim is to point out the importance of postpartum bonding support, thus immediate contact of mother with her newborn baby straight after giving birth, as well as to expose desires and detect their experience regarding bonding. 2001 women (age 29.96 ± 5.34 years) who have given birth during the last three years participated this study. Own questionnaire was used for the method of data gathering. For its evaluation we used descriptive statistics. We found out that most of women (93.90 %) aspired bonding and were vigor enough (82.86 %) to be in contact with their newborn baby straight after giving birth. After mother's separation from a child, the mothers experienced child lacking (36.53 %), worries about the child (22.04 %), sadness (11.29 %). Bonding support should be one of the highest importances of midwives /maternity nurses. By bonding support midwives /maternity nurses help to maintain physiological, imunological a psychological adaptation of a mother and her child and give a healthy basis to form their relationship.

KEYWORDS: postpartum bonding, women experiencing, attachment, midwives/ nurses

ÚVOD

Pojem „*Bonding*“ pochádza z anglického slova „*bond*“, ktoré sa prekladá ako lepenie, pripútanie, spojenie, väzba, puto a vzťahuje sa na vývin emocionálnej väzby matky na dieťa. Je to biologický proces, ktorý nastáva u matiek krátko po narodení dieťaťa. V súvislosti s bondingom sa používa aj termín „*attachment*“, prekladaný ako pripútanie alebo ako vzťahová väzba (či vzťahové puto), ktorý sa v anglickej literatúre často stotožňuje, resp. zamieňa s termínom „*bonding*“. „*Bonding*“ a „*attachment*“ sú dva pojmy, ktoré psychológovia používajú na opis a vysvetlenie citového putu, ktoré sa vyvíja medzi opatrovníkom (najčastejšie matkou) a dieťaťom, a ktorý sa objavuje

v priebehu prvého roku života dieťaťa. Kvalita tohto pripútania je viditeľná v správaní dieťaťa (Čikošová, 2011).

Vedecké dôkazy o biologicky založenom „*bondingu*“ sú rozporuplné (Piotrowski, 2005). Naopak, na podporu existencie „*attachmentu*“ možno nájsť mnohé vedecké dôkazy (Kinsey, Hupcey, 2013).

Popôrodný bonding, chápeme ako intenzívny zážitok bezprostredného a ničím nerušeného spojenia medzi matkou a dieťaťom v prvých minútach a hodinách po pôrode. Nahé dieťa je hneď po pôrode v nepretrušovanom kontakte s nahou pokožkou svojej matky a všetky nevyhnutné vyšetrenia sú vykonané na jej tele. Ide o silný fyzický a emocionálny



zážitok, hormonálne umocnený, pri ktorom žena prežíva hlboké spojenie so svojim práve narodeným dieťaťom. Vyvrcholením tohto procesu je prvé nadojčenie dieťaťa (Rašmanová, Janovičová, 2014). Hašto (2005) hovorí

o bondingu ako o pute naviazanom bezprostredne po pôrode a počas prvého roku života, počas ktorého má dieťa tendenciu pripútať sa hlavne na jednu osobu, spravidla na matku. Túto väzbu považuje za hlavnú vzťahovú väzbu.

METODIKA

Na zber relevantných údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Výskumný súbor tvorilo 2001 respondentiek s vekovým priemerom ($29,96 \pm 5,34$) rokov. Výber respondentiek bol zámerný. Do súboru respondentov boli zaradené respondentky, ktoré spĺňali vopred určené **zaraďovacie kritériá**: spontánny vaginálny pôrod, obdobie posledných troch rokov, ženy ochotné spolupracovať. Medzi vyradovacie kritériá patrili: zlá/zhoršená popôrodná adaptácia dieťaťa po narodení, komplikácie pri/po pôrode.

Skonštruovaný dotazník sme najskôr overili **pilotnou štúdiou** s 10 respondentkami, ktoré vyplnili dotazník. Na základe pilotáže sa modifikovali problematické formulácie niektorých položiek. Dotazník sa v jeho definitívnej verzii distribuoval osobne aj elektro-

nicky. Osobne sme distribuovali 150 dotazníkov prostredníctvom 4 ambulancií pre deti a dorast, ktoré navštevujú matky s deťmi po pôrode. Z osobne rozdaných dotazníkov sa nám navrátilo 120 dotazníkov, čím sme dosiahli 80 % responzibilitu. Pri distribúcii dotazníku prostredníctvom internetu na viacerých internetových stránkach prostredníctvom „link“-ového odkazu sa nám podarilo získať 2037 dotazníkov. Z celkového počtu dotazníkov (2157) bolo 156 dotazníkov vyradených z dôvodu nesplnenia zaraďovacích kritérií (73) a na základe vyradovacích kritérií (83) a tak sme pre účely výskumu použili 2001 dotazníkov. Výskum sme realizovali v období november 2014 – január 2015. Výhodou dotazníkov je väčšia anonymita, získanie väčšieho množstva informácií. Nevýhodou je skutočnosť, že získané informácie môžu byť skreslené.

VÝSLEDKY

Túžbu žien a ich prežívanie emócií vo vzťahu k popôrodnému bondingu sme skúmali dotazníkom pomocou otázok: „Túžili ste hneď po pôrode mať svoje dieťa v blízkosti?“, „Čo ste prežili po

narodení Vášho dieťaťa?“, „Mali ste silu bezprostredne po pôrode byť v kontakte so svojim dieťaťom?“, „Čo ste prežívali, ak od Vás dieťa po pôrode zobrali (separovali)?“.



odpovede	n	%
áno	1879	93,90
nie	122	6,10
spolu	2001	100

TABULKA 1 TÚŽBA ŽIEN MAŤ DIEŤA PO PÔRODE V BLÍZKOSTI

odpovede	n	%
neopísateľný pocit šťastia a radosti	1596	79,76
pocit únavy, vyčerpania, malátnosti	320	15,99
pocit prázdnoty	32	1,60
iné	53	2,65
spolu	2001	100

TABULKA 2: PREŽÍVANIE ŽIEN PO NARODENÍ DIEŤAŤA

odpovede	n	%
áno	1658	82,86
nie	343	17,14
spolu	2001	100

TABULKA 3: SILA ŽIEN BYŤ BEZPROSTREDNE PO PÔRODE S DIEŤAŤOM

odpovede	n	%
úľavu	100	5,00
spokojnosť	217	10,84
smútok	226	11,29
strádania (pocit chýbania dieťaťa)	731	36,53
strach o dieťa	441	22,04
pocit prázdnoty	11	0,55
dieťa bolo stále pri mne	223	11,14
iné	52	2,60
spolu	2001	100

TABULKA 4: PREŽÍVANIE ŽIEN PO SEPAROVANÍ DIEŤAŤA



(Tab.1) Väčšina respondentiek (93,90 %) vyjadrilo, že túžilo byť v blízkosti svojho dieťaťa bezprostredne po pôrode a 6,10 % respondentiek vyjadrilo, že takúto túžbu nemalo.

(Tab.2) Väčšina respondentiek (79,76 %) prežívalo po pôrode neopísateľný pocit šťastia a radosti. 15,99 % respondentiek uviedlo pocit únavy, vyčerpania, malátnosti.

(Tab.3) Väčšina respondentiek (82,86 %) vyjadrilo, že malo silu byť po pôrode

so svojim dieťaťom a 17,14 % respondentiek uviedlo, že silu byť po pôrode so svojim dieťaťom nemalo.

(Tab.4) Po tom, ako bolo dieťa od respondentiek odobraté (separované) 36,53 % prežívalo strádanie (pocit chýbania dieťaťa), 22,04 % respondentiek prežívalo strach o dieťa a 11,26 % respondentiek smútok. Iba 5 % respondentiek uvádzalo úľavu a 10,84 % respondentiek prežívalo spokojnosť.

DISKUSIA

Vnímanie priebehu pôrodu sa vývojom ľudskej civilizácie menilo a neustále mení. Pred rokom 1900 boli pôrody bežne vedené v domácnosti. Po roku 1940 sa približne polovica všetkých pôrodov presunula do zdravotníckych zariadení (Varney et al., 2004). Povojnová doba priniesla v mnohom pokrok a nastalo inštitucionalizovanie zdravotníckej starostlivosti. Rozvoj vedy a techniky priniesol budovanie nemocníc a pôrodníc, čím sa pôrod postupne a stále viac presúval z domáceho prostredia do zdravotníckych zariadení. Nastala medicinalizácia pôrodov, kedy sa pôrody dostávajú do profesijnej lekárskej sféry. Na jednej strane tento trend stále zlepšujúcej sa úrovne medicíny znamenal v starostlivosti či už o rodičku, alebo o novorodenca, veľa pozitív. Išlo o istý pokrok v zdravotnej starostlivosti o rodičku aj novorodenca tým, že im bola ponúknutá a poskytnutá odborná lekárska a ošetrovateľská starostlivosť v nemocniciach a výsledkom tejto zmeny bola znížená materská a novorodenecká morbidita aj mortalita, čo sú hlavné ciele a kritéria Svetovej zdravotníckej organizácie, ako ukazovatele kvality zdravotníckej starostlivosti o matky a novorodencov (Šráčková,

2007). V roku 1970 bolo takmer 99 % pôrodov vedených v pôrodniciach. Podstatnou zmenou bola účasť lekárov pri fyziologických pôdoch. Rola pôrodných asistentiek sa tak stala menej významnou (Varney et al., 2004). Táto zmena však priniesla okrem spomínaných pozitív aj negatíva. Medicínsko-technické poňatie pôrodu ochudobnilo pôrod o emočnú stránku. Za najväčšie negatívum sa považuje popôrodná separácia dieťaťa od svojej matky. Z toho vyplýva, že pre nedostatočné podporovanie kontaktu dieťaťa s matkou, nebola tiež dostatočná ani podpora dojčenia. V sedemdesiatych rokoch sa v najvyspelejších štátoch sveta (v ČSSR o 7 rokov neskôr) došlo k zmenám ústavného režimu, v zmysle vytvárania podmienok, aby bol novorodenec priložený k prsníku matky bezprostredne po pôrode a zostal v jej blízkosti, a to zavedením systému umožňujúcim rooming – in. Ide o staronovú úpravu pobytu matky s dieťaťom po pôrode, ktorá umožňuje, aby novorodenec bol s matkou nepretržite spolu (Šráčková, 2007). Myšlienka rannej popôrodnej väzby sa objavila v 70. rokoch 20. storočia americkými pediatriami MUDr. Kennellom a MUDr. Klausom, ktorí na základe výskumov



vytvárali teóriu o bondingu, podľa ktorej kontakt medzi matkou a dieťaťom bezprostredne po pôrode vedie k ich kvalitnejšiemu vzťahu. Podľa nich spoločné a nerušené prežitie prvé hodiny po pôrode môžu uľahčiť matke a dieťaťu ich spoločný vstup do života (Takácsová, 2012). Vyslovili hypotézu, že prvé hodiny po pôrode strávené v nerušenom kontakte „koža na kožu“ sú rozhodujúce pre vytvorenie väzby medzi matkou a novorodencom. Vychádzali pritom z pozorovaní správania cicavcov, ktoré boli od mláďat po pôrode oddelené. Označenie bonding spôsobuje mnohé nedorozumenia. Puto sa utvára medzi matkou a dieťaťom už počas tehotenstva a ďalej sa vždy rozvíja bez ohľadu na to, či bolo dieťa po pôrode od matky oddelené alebo boli nerušené spolu. Kvalita tohto vzťahu a jeho intenzita je určená mnohými faktormi a kontakt koža na kožu bezprostredne po pôrode je jeden z nich (Rašmanová, Janovičová, 2014). Obhajcovia vzniku emočnej (citovej) väzby medzi matkou a dieťaťom sa domnievajú, že citové puto medzi matkou a dieťaťom sa vyvíja samostatne a prirodzene bez potreby pomoci iných ľudí v prípade, že nie sú prítomné žiadne prekážky v bežnom nemocničnom fungovaní. Medzi tieto prekážky patria fyzická a emocionálna separácia matky a dieťaťa. Fyzická separácia matky a dieťaťa predstavuje rutinné odnášanie novorodencov po pôrode do inej miestnosti za účelom vykonávania vyšetrení a ošetrovaní dieťaťa, rutinné uloženie dieťaťa na výhrevné lôžko, zaužívané odnášanie dieťaťa hodinu alebo dve po pôrode od matky, donášanie novorodencov matkám iba na dojčenie. Emočná separácia predstavuje prerušovanie intímnej situácie zážitku materstva (Mrowetz, 2009).

Našou štúdiou sme zisťovali, či respondentky túžili byť bezprostredne po

pôrode v blízkosti svojho dieťaťa. Väčšina respondentiek (93,90 %) vyjadrilo, že túžilo byť v blízkosti svojho dieťaťa bezprostredne po pôrode a iba 6,10 % respondentiek vyjadrilo, že takúto túžbu nemalo (tab. 1). Ak matky deväť mesiacov nosia svoje vytúžené dieťa, je prirodzené, že po pôrode túžia byť s ním v blízkom kontakte. Veď po celej tej fyzickej či emocionálnej námahe a bolestiach pri pôrode zrazu nastane okamih, na ktorý čakali a ktorý si predstavovali počas celého tehotenstva, a to mať dieťa vo svojom náručí. Zaujímalo nás názor respondentiek o najvhodnejšej voľbe uloženia ich dieťaťa po pôrode. Väčšina respondentiek (83,16 %) bolo názoru, že pre dieťa by bolo najlepšie, ak by bolo uložené na ich telo v kontakte koža na kožu. Iba 0,30 % respondentiek uviedlo, že si myslí, že pre dieťa by bolo ideálne uloženie na termolôžko. 16,54 % respondentiek vyjadrilo, že pre dieťa by bolo najlepšie, keby bolo uložené do rúk odborníkov – lekárov. Z odpovedí našich respondentiek vyplýva, že väčšina žien túži po bondingu, avšak sú aj ženy, ktoré takúto túžbu nemajú a viac sa spoliehajú na zdravotníkov, možno práve z obáv a strachu o svoje dieťa. Je preto potrebné rešpektovať prania žien, pristupovať individuálne a spýtať sa, či chcú mať dieťa po narodení koža na kožu a podľa toho bonding podporiť.

Zisťovali sme, aké bolo prežívanie respondentiek bezprostredne po narodení dieťaťa. Väčšina respondentiek (79,76 %) prežívalo po pôrode neopísateľný pocit šťastia a radosti. 15,99 % respondentiek uviedlo pocit únavy, vyčerpania, malátnosti (tab. 2).

Keďže častými argumentami zdravotníckych pracovníkov, prečo nemôžu mať matky svoje narodené deti v blízkosti, sú, že si matky potrebujú po pôrode oddýchnuť, zisťovali sme, či respon-



dentky bezprostredne po pôrode mali silu byť v kontakte so svojim dieťaťom. Väčšina respondentiek (82,86 %) vyjadrilo, že malo silu byť po pôrode so svojim dieťaťom a 17,14 % respondentiek uviedlo, že silu byť po pôrode so svojim dieťaťom nemalo (tab. 3). Na základe odpovedí respondentiek môžeme konštatovať, že tu sa nám nepotvrdzujú námietky, resp. výhovorky zo strany zdravotníckych pracovníkov, že nie je vhodné dať dieťa matke kvôli tomu, že je unavená a vysilená z pôrodu, že by si mala oddýchnuť a dieťa na pôrodnej sále jej to nedovolí. Ak však pôrod nebol extrémne vyčerpávajúci, pocíti matka počas druhej doby pôrodnej príliv energie, ktorý jej pomáha priviesť dieťa na svet a odlúčením placenty v tretej dobe pôrodnej dochádza k nárazovému vylúčeniu veľkého množstva prolaktínu. Tento hormón, okrem toho, že je zodpovedný za naštartovanie dojčenia, spôsobuje u matky „ostrážitú bdelosť“, bude nepokojná, ak nebude dieťa mať pri sebe, a toľko odporúčaný oddych niekedy vôbec nie je možný (Celušáková, 2008). Argumenty týkajúce sa vysilenia potvrdili iba u malého percenta respondentiek. Je preto vhodné sa spýtať samotnej ženy, či má silu a chce po pôrode mať dieťa pri sebe.

Zaujímali nás nielen pocity prežívané respondentkami v súvislosti so samotným pôrodom, ale taktiež pocity, ktoré respondentky prežívali po tom, ako bolo dieťa od respondentiek odobraté (separované). Väčšina pocitov bola negatívna. 36,53 % respondentiek prežívalo strádanie (pocit chýbania dieťaťa), 22,04 % respondentiek prežívalo strach o dieťa a 11,26 % respondentiek smútok. Iba 5 % respondentiek uvádzalo úľavu a 10,84 % respondentiek prežívalo spokojnosť. Na základe tejto otázky môžeme konštatovať, že bonding bol pravdepodobne podporený u 11,14 % respondentiek

nášho súboru, u ktorých bolo dieťa stále pri nich a nebolo im odobraté (tab. 4). Mrowetz et al. (2011) uvádzajú, že niektoré matky, ktorým bolo dieťa po pôrode odobraté a nevideli ho dlhšiu dobu, reagujú neskôr na rôzne podnety prichádzajúce z okolia veľmi úzkostne, pociťujú tieseň. Sú aj matky, ktoré v dôsledku oddelenia dieťaťa po pôrode trpia pocitmi viny, ktoré môže prejsť do rozvinutia posttraumatickej stresovej poruchy. Tieto matky majú tendenciu k hyperprotektívnemu, alebo naopak odmietavému správaniu k svojim deťom. Brynaton et al. (2008) tiež na základe skúmania konštatujú, že u žien, u ktorých došlo k odlúčeniu, sú zaznamenané častejšie poruchy vo vzťahoch k deťom, k partnerovi, pocity nedôvery vo vlastné rodičovské schopnosti, ďalšiemu otehotneniu sa snažia vyhnúť. A čo prežíva opustené dieťa, ktoré je deväť mesiacov spojené s matkou? Samotu, smútok, strach...? Mrowetz (2008) uvádza, že separácia môže mať na dieťa psychologické dôsledky, môže sa neskôr u neho prejavovať separačná úzkosť, panický strach zo vzdialenia matky od neho v detskom veku, neurotické poruchy a tiež poruchy osobnosti s narušeným vzťahom k materskému objektu. Podľa Gaskin (2010) pre lepšiu adaptáciu na svet dieťa určite potrebuje matku, jej teplo, hlas, vôňu, dotyky. Uvádza, že hneď po pôrode dochádza k zvýšenej vnímavosti medzi matkou a dieťaťom, ktorá vytvára v podvedomí oboch hlboko vryté stopy. Tie výrazne ovplyvňujú neskoršie správanie, ako aj zvláštne schopnosti matky postarať sa o svoje malé dieťa. Pozorovania žien počas 70.–80. rokov poukazujú na skutočnosť, že u žien, ktoré mali po pôrode svoje dieťa v kontakte koža na kožu po dobu aspoň 15 minút, sa vyskytli sebaistejšie materské kompetencie, na rozdiel od žien, ktoré svoje dieťa videli po pôrode



minimálne. U týchto žien bol zaznamenaný sebaistejší prístup k materstvu, nevyskytoval strach pri dotýkaní sa svojho dieťaťa, pri prebaľovaní či kúpaní. Taktiež sa u nich nevyskytoval problémy ako bolestivé naliatie prsníkov a súhrnne mali menej problémov s dojčením (De Chateau, Wiberg, 1977). Výskumy dokazujú aj pozitívny efekt včasného kontaktu koža na kožu v oblasti dojčenia. U žien, ktorým bol umožnený popôrodný boxing, bola preukázaná dlhšia doba dojčenia svojich detí, a to po dobu jeden až štyri mesiace po pôrode (doba, za ktorú boli ženy a ich deti pozorované), oproti ženám, ktorým tento kontakt nebol umožnený (Moore et al., 2012).

Podpora bondingu závisí od ochoty zdravotníckeho personálu. Je veľmi dôležité, aby pôrodné asistentky/sestry chápali význam a dôležitosť bondingu po pôrode, aby pochopili silu túžby žien po

ňom, aby boli oboznámené významom bondingu, aby mohli byť dôležitými iniciátorkami zmien postupov tak, aby podpora popôrodného bondingu patrila medzi priority v starostlivosti o matku a dieťa. Zo strany pôrodnej asistentky/sestry je potrebné otvoriť sa novému prístupu smerom k norme, k potrebám matiek a detí a podporiť bonding pred všetkými rutinnými zásahmi, poskytnúť ženám pri pôrode maximálnu podporu, citlivý prístup, intimitu, aby mohla nerušene porodiť a po pôrode prežiť prvé chvíle so svojim dieťaťom. Podporou bondingu pôrodná asistentka podporuje fyziologickú, imunologickú a psychologickú adaptáciu dieťaťa a matky a dáva zdravý základ vzťahovej väzby a podieľa sa tak na podpore novej rodiny. Matka by nemala v žiadnej pôrodnici bojovať o možnosť byť v kontakte so svojim narodeným dieťaťom, ak to ich zdravotný stav umožňuje.

ZÁVER

Prínos štúdie je v zistení, že prežívanie žien vo vzťahu k bondingu sa preukázalo ako veľmi pozitívne. Väčšina žien túžilo po bondingu a vyjadrilo, že malo silu byť po pôrode s dieťaťom a taktiež väčšina bolo názoru, že pre dieťa by bolo lepšie, ak by bolo uložené na ich telo v kontakte koža na kožu. Nepreukázalo sa, že ženy sú po pôrode vyčerpané a unavené, čo sa často v praxi používa ako odôvodnenia, prečo dieťa nemožno nechať matke. Prežívanie žien po pôrode po odobratí dieťaťa sa preukázalo negatívne.

Úzky kontakt medzi matkou a dieťaťom po narodení by mal byť chápaný a akceptovaný ako niečo prirodzené.

Zvlášť v nemocniciach, ktoré preukazujú príslušnosťou k Baby Friendly Hospital (BFHI), obsahujúce body, ktoré podporujú bonding. Zistenie túžby a záujmu žien o pôrodný bonding má význam pre zdravotníckych profesionálov, ktorí ženu počas pôrodu doprevádzajú a majú moc u žien popôrodný bonding podporiť. Zo strany zdravotníckych profesionálov (pôrodník, pôrodná asistentka, sestra) je potrebné otvoriť sa k potrebám matiek a detí, novému prístupu smerom k norme, aby boli ochotní prijímať a zavádzať nové postupy do praxe, ktoré môžu byť veľmi pozitívnym prínosom pre matky a ich deti a podpora bondingu by mala patriť medzi priority.

Do redakcie prišlo 11. 8. 2015

Po recenzii zařazeno k tisku bez úprav 31. 8. 2015

Konflikt zájmů: není znám



LITERATURA

1. Brynaton, J. et al. 2008. Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. In *Nursing Research*. 2008, vol. 57, no. 4, p. 252–259.
2. Celušáková, H. 2008. *Význam prvých hodín po pôrode pre matku a dieťa*. [online]. [cit. 2015.02-10]. Dostupné na internete: <http://www.dietaaja.sk/index.php/tehotenstvo-a-porod/porod/item/31-vyznam-prvych-hodin-po-porode-pre-matku-a-dieta>
3. Čikošová, E. 2011. *Vzťahová väzba a jej súvislosť s charakterovými a temperantovými vlastnosťami osobnosti*. Diplomová práca. Univerzita Palackého v Olomouci Katedra psychológie Filozofickej fakulty, 2011.
4. De CHateau, P., Wiberg, B. 1977. Long – term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observation at 36 hours. In *Acta Paed. Scan.* 1977, vol. 66, no. 2, p.137 – 143.
5. Gaskin, I.M. 2010. *Zázrak porodu*. Praha: Vydavateľstvo One Woman Press, 2010. 476 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
6. Hašto, J. 2005. *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F., 2005. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.
7. Kinsey, C. B., Hupcey, J. H. 2013. State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. In *Midwifery*. [online]. 2013, vol. 29, no. 12 [cit. 2015-01-26]. Dostupné na internete: <http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138%2813%2900007-7/fulltext>
8. Moore, E.R. et al. 2012. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. [online]. In *Cochrane Database Syst. Rev.* [cit. 2015.02-10]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592691>
9. Mrowetz, M. 2008. *Bonding a téma separácia po pôrode*. [online]. [cit. 2015.01-14]. Dostupné na internete: http://predporodnapriprava.sk/index.php?location=/Priprava-na-porod/Porod/Tretia-doba-porodna/Bonding-a-tema-separacia-po-porode&view_article&main_section=2§ion=456&tab_article&subtab_article
10. Mrowetz, M. 2009. Bonding neboli deti chcejú byť pripotány k matkám. In *Sestra*, 2009, č. 11 [cit. 2014-11-08]. Dostupné na internete: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bonding-neboli-deti-chceji-byt-pripoutany-k-matkam-448169>
11. Mrowetz, M., et al. 2011. *Bonding – porodní radost, Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: Vydavateľstvo DharmaGaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
12. Piotrowski, N. A. 2005. *Psychology basics*. Pasadena, California: Salem Press, 2005. 1008 p. ISBN 978-1-58765-199-1.
13. Rašmanová, M., Jančovičová, G. 2014. Bonding - matkina náruč po pôrode. In *Ženské kruhy*. [online]. 2014. 28 p. [cit. 2014-11-21]. Dostupné na internete: <http://www.zenskekruby.sk/temy/e-booky/e-book-bonding2014>
14. Šráčková, D. 2009. Rooming in. In *Praktická gynekologie*. 2007, roč. 11, č. 1, s. 26-29.
15. Takáčsová, E. 2012. Využití prínos bondingu. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2012, roč.11, č. 9-10, s. 30-31.
16. Varney, H., Kriebs, J. M., Gegor, C. L. 2004. *Varney's midwifery*. 4. vyd. London: Jones and Bartlett Publishers, 2004. 1386 p. ISBN 0763718564.

AUTORKA:

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD. – odborná asistentka Ústavu pôrodnej asistencie Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine v SR.

KOREŠPODENČNÁ ADRESA:

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.
Malá Hora 5, 036 52 Martin
SLOVENSKO
mazuchova@jfmed.uniba.sk



FILOSOFIE



ILUSTRÁČNÍ FOTO. (Z ČEJENSKÉ KONFERENCE)

KALÁBOVÁ H.: CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM – ONTICITA A ONTOLOGIE NEMOCI

PhDr. Helena Kalábová, Ph.D. Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
TU v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická



SOUHRN: KALÁBOVÁ H.: CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM – ONTICITA A ONTOLOGIE NEMOCI.
PSYCHOSOM 2015; 13(3), s. 189-201

Text cílí k objasnění nutnosti ontického a ontologického hlediska při diagnostice, terapii a prevenci chronického únavového syndromu (CFS – chronic fatigue syndrome). Onticita vychází z biologizujícího medicínského pohledu na lidské tělo v nároku metodologie „clare et distincte“, který však nepostačuje k objasnění kontextu a zabraňuje porozumění obtíže daného člověka v rovině habituální.

Klíčová slova: ontologie, onticita, temporalita, emoce, chronický únavový syndrom



SUMMARY: KALÁBOVÁ H.: CHRONIC FATIUGE SYNDROME – ONTICITY AND ONTOLOGY ILLNES, PSYCHOSOM, 2015; 13(3), PP. 189- 201

The text is aimed to clarify the need of ontic and ontological point of view in the diagnosis, treatment and prevention of chronic fatigue syndrome (CFS - chronic fatigue syndrome). Onticity is based on biological medical viewpoint on the human body according to methodology "clare et distincte" which is however not sufficient to clarify the CFS context and it does not allow to understand the specific person habitual difficulties.

Keywords: ontology, onticity, temporality, emotions, chronic fatigue dysfunction syndrom

Motto:

Pohled na lidský život jakožto úkol budovat smysluplnost by byl nesmyslný, kdyby zůstal jen v povrchní teoretické rovině. Takový pohled by nás měl oslovit, zasáhnout v nehlubší rovině našeho bytí a nenechat nás lhostejnými. Vždyť je to i náš úkol. Zdá se dokonce, že není z principu možné budovat vědu o člověku, aniž by to nás samé zásadně proměňovalo. Prostě zde není možné zaujmout postoj nezaujatého pozorovatele, neboť cokoli zjistíme o člověku, musíme vztáhnout i sami na sebe. Naše zkoumání nás proměňuje. (Hudlička 2003, s. 158.)

ÚVOD

Náš život v počátku 21. století je v obraze postmoderní doby, v kulisách mnoho-
pravd, subjektivismu a veliké samoty jednotlivce, bloudícího bez eschatonu. Původní touha po svobodomyšlnosti, zbavení se „vědotechnického“ balvanu novověku typického existencionálním deficitem se stále více a více rozpouští v hledání jistoty ve smyslu „certituda“, v zajištění každodennosti a obstarávání, v naplňování požadovaného výkonu a posloucháním povelů, vedoucích v nietzschovském předpovědění k přemostování¹. Projevem postmoderny je nejen výkon, ale také stejnost. Ztrácí se

originalita žití, myšlení se stává více a více představové, vycházející z karteziánské podstaty, a je velmi složité myslet to, co si představit nelze. Ontická deskripce je nalezena ve všech vědách, medicínu nevyjímaje, a pro člověka otevírá problém v kontextech základů žití. Žití v subjekt-objektové struktuře a její determinaci z těla učinilo objekt, věc, která slouží k naplnění možnosti, výkonu, které svět žádá. Stejně, jako se proměnily všechny věci na pouhé předměty, proměnilo se i tělo, bylo reifikováno – zvěcněno. Tělo tímto ztratilo důstojnost. Popisováním jednotlivých částí těla a funkcí orgánů je naplněna objektivizace. Tělo však je i subjekt, což nelze zachytit ve fyziologických, psychologických a biochemických pochodech. Pokud se věda ubírá myšlením „more geometrico“ v platnosti karteziánské subjekt-objektové figury, v medicíně ztrácíme možnost vzhledu do podstaty daného člověka, pohybujeme se

¹Nárokování výkonem, podstatou současné existence je vůle k moci, předznamenaná moderním prorokem F. Nietzsem. Síla, uplatňovaná ve všech oblastech lidského žití, se ukazuje jen tehdy, když adoruje – roste. Společnost je výkonová – výkon je uctíván, vysoce hodnocen a nárokován.



v onticitě, která je však jen určitou částí celku – bytí. Člověk existuje v temporalitě svého života – v časovosti, kde je uchována podstatná minulost, která je součástí přítomnosti a zároveň i rozvrhem směrem do budoucnosti. Lidské tělo je tělesnění s možností výstupu do krajiny, světa a bytí. Je-li nemocné, nelze k němu přistupovat jako k objektu, věci, která se musí opravit, aby fungovala jako dříve, aby byla schopna výkonu. V nemoci se projikuje vztah daného člověka k bytí samotnému – k celku. A návrat k možnosti volného životního pohybu v čase přístím u člověka ne-mocného nevede pouze přes ontické ozřejmení obtíže a zvolení správné léčby, cílící do místa obtíže na buňce, orgánu či systému. Možností je zasazení konkrétního (ontického) do celku bytí (ontologického) daného člověka. Je třeba porozumět ontologicky, nejenom onticky – nehledat jen kauzální příčiny a následky, navrátit se k původní antické myšlence Aréte s možností vztahování se k Dobru ve smyslu možnosti uskutečnění maximálně možné širě životního pohybu u daného člověka.

Doba pozdní tak, jak ji nazývá Jan Patočka, ve které jako lidstvo žijeme svoji každodennost, je časem, kdy

HISTORIE

O stavech dlouhotrvající únavy a celkové nepohody jsou v medicínské literatuře zmínky již v dávných tisíciletích. Původně se uvažovalo o porušení rovnováhy čtyř základních tělesných šťáv – krve, hlenu, žluče a černé žluče. Stav spojený s pasivitou, typickým životním pohybem, úzkostí a neklidem se přisuzovaly melancholii, při níž se fluida pohybují zmatečně a malátně a jejich pohyb brzy ustane. Doplněno poznatky I. P. Pavlova je melancholický temperament útlumovým typem nervové sousta-

ztrácíme jeden druhého. Také ale nacházíme, a to hlavně sami sebe a druhé přes krize a obtíže ve svém žití, které musíme překonávat.

Chronický únavový syndrom (CFS)

postihuje stále více pacientů a je velkým problémem diagnostickým, terapeutickým a socioekonomickým. Charakteristickým znakem trpících je dlouhá cesta přes různé specializované ordinace a v nároku metodologického požadavku „more geometrico“ i řadou suspektních diagnóz, vycházejících z pestrosti somatických i psychických příznaků, tuto obtíž doprovázejících.

Jde o komplexní problém v prožívání daného člověka, trvá dlouhý čas a použité intervenční postupy terapie nemění dostatečně obtíže natolik, aby neznemožňovaly běžné denní aktivity. Daný člověk raději přijme diagnózu somatické poruchy, než aby byl zařazen do společensky „nevýhodné“ kategorie psychiatricky nemocných. Typické pro tuto skupinu pacientů je nespecifičnost příznaků, které trvají delší čas, manifestující se únavou, často se opakující infekcí, migrující bolestí pohybového aparátu, ale i zažívacími potížemi a řadou dalších možných příznaků.

vy. V 18. století popsal sir Richard Manningham příznaky nemoci, kterou nazval „febricula“. Její symptomatologie připomíná únavový syndrom. O století později se hojně začala užívat diagnóza neurastenie, která se manifestovala podobnými příznaky.

Ve 20. století se začíná používat termín chronický únavový syndrom (CFS – chronic fatiuge syndrome), zahrnující komplex mnohonásobných, specifických, ale také často vágních symptomů



neurčité etiologie, jež existují mnoho let a danému člověku tím značně komplikují a omezují životní pohyb v původní šíři.

Některými autory je tento příznak označován jako chronický únavový a

imunitní dysfunkční syndrom (CFIDS - chronic fatiuge and immune dysfunction syndrom). Dále bylo popsáno a výzkumem podloženo, že výskyt může být podmíněn genetickými, sociálními či geografickými faktory.

ONTICITA CHRONICKÉHO ÚNAVOVÉHO SYNDROMU (DÁLE CFS – CHRONIC FATIUGE SYNDROME)

DEFINICE

V roce 1987 byl chronický únavový syndrom formálně definován „Centers for Diseases Control and Prevention“ v Atlantě a zároveň byla stanovena diagnostická kritéria – Holmesova kritéria pro diagnózu CFS z roku 1988:

Velká (hlavní) kritéria

1. Únava – perzistující nebo relapsující, či snadná unavitelnost až vyčerpanost.
2. Vyloučení jiných možných příčin únavy – př. malignita, autoimunitní nemoci, infekce lokalizované, mykotická onemocnění, parazitární nemoci, chronické psychiatrické onemocnění, závislosti lékové, chronické zánětlivé onemocnění, neuromuskulární nemoci, endokrinní nemoci, chronické choroby plic, GIT, jater, ledvin či krve.

Malá (symptomová) kritéria

1. Zvýšená teplota, zimnice, bolest v krku, bolestivé a zvětšené krční a axilární uzliny.
2. Nevysvětlitelná generalizovaná svalová slabost, myalgie.
3. Bolest hlavy jiného charakteru, závažnosti nebo průběhu než případná bolest hlavy před vznikem onemocnění.
4. Migrující artralgie bez otoků a zarudnutí.

5. Trigger point (spoušťové body) bolesti na těle, měnící místo a intenzitu.
6. Palčivosti na kůži bez zarudnutí (se subjektivním pocitem „malé kůže s napínavostí“).
7. Neuropsychické potíže – obtížné myšlení, zapomnětlivost, fotofobie, skotomy (výpadky zorného pole), zmatenost, podrážděnost, neschopnost koncentrace, deprese.
8. Poruchy spánku.

Pro diagnózu CFS dle Holmese musí být splněna obě velká kritéria a polovina symptomových kritérií.

V 90. letech se opakovaně objevila snaha Holmesova poměrně přísná kritéria revidovat, a tak v r. 1990 vznikla australská definice, 1991 „Oxfordská kritéria“. Tyto definice zvažují ještě postinfekční únavový syndrom – PIFS (postvirový únavový syndrom). V roce 1994 vznikla Fukudova kritéria, která situaci příliš nevyjasnila, ale objevuje se výstižnější termín – „idiopatická chronická únava“.

Oxfordská kritéria pro diagnózu CFS (Sharpe 1991):

1. Únava je hlavní příznak, je těžká, zneschopňující somaticky i psychicky, přítomna min. 6 měsíců, během



nichž se vyskytuje min. polovinu času.

2. Syndrom má určitý začátek, není charakteristický po celý život.
3. Myalgie, porucha spánku, střídání nálady.
4. Vyloučení nemocí se zdravotními poruchami způsobujícími únavu, jako jsou anemie, onkologické nemoci, psychiatrické nemoci, poruchy příjmu potravy, organické onemocnění mozku.

Pro úplnost a lepší pochopení problematiky uvádím definici únavy, citovanou Fučíkovou, která se CFS dlouhodobě zabývala. Únavu dělí na *akutní*, jež vzniká náhle po nadměrné námaze a neodezní po odpočinku, a *chronickou* – dlouhodobou, jež byla dříve spojována hlavně se somatickým onemocněním a také neodezní po odpočinku.

Fukudova kritéria pro diagnózu CFS (1994):

1. Únava (nevysvětlitelná) trvající déle než 6 měsíců.
2. Subjektivní příznaky: zhoršení paměti a koncentrace, bolesti lymfatických uzlin, myalgie (bolesti svalů), artralgie (bolesti kloubů), cephalie (prudká bolest hlavy), neosvěžující spavost, výrazné zhoršení únavy po malé námaze – 4 a více subjektivních příznaků, trvající déle než 6 měsíců.

FATIGUE¹ – pocit únavy nebo slabosti z kontinuální aktivity, vede k pocitu vyčerpání s následnou sníženou schopností fyzické nebo psychické činnosti. Zároveň je to však i stav, u kterého stimulací nedochází k zvýšené činnosti

¹Taber's Cyclopedic medical Dictionary, 18th ed. Philadelphia: Davis, 1997.

orgánu nebo tkáně jako důsledku předcházející zvýšené aktivity.

ÚNAVA² – fyzická, svalová a nervová (celková):

1. *Fyzická*: pocit tíhy a slabosti, bolest kosterních svalů – převážně na dolních a horních končetinách, sklon ke křečím a třesu, pokles svalové síly, ztráta reaktivity a snížení koordinace pohybů (zvláště u jemné motoriky).
2. Vnímání únavy s pocitem neschopnosti dalšího plného výkonu jako ochranná funkce před přepětím.
3. *Svalová*: pokles výkonnosti namáhaných svalů, úbytek svalové síly, zpomalení pohybů.
4. *Nervová (celková)*: útlum korových funkcí se projevuje zmenšenou schopností reakce, která je vyvolána: každým druhem práce s požadavkem na koncentraci, duševní činnost a pohotovost:
 - a. dlouhodobá tělesná činnost, nepřiměřené podněty k práci (mnoho nebo málo),
 - b. monotónní, nefyziologická práce fyzická či psychologicky nevhodná,
 - c. nepříznivé pracovní prostředí,
 - d. práce pod časovým tlakem, při psychické nepohodě, ztrátě zájmu, konfliktu,
 - e. nemoc, bolestivý stav.

Velkým problémem je *objektivizace únavy*.

Lze hodnotit lokální a celkovou dynamickou práci, statickou práci, maximální dosaženou zátěž či funkci transportního systému, resp. jeho redukci.

²Schettler, G. et al. Repetitorium praktického lékaře. Praha: Galén, 1995.



Dle toho je možno uvádět různé mechanismy únavy na jednotlivých stupních – CNS, úroveň synapsí (ztráta kalia, snížená dráždivost membrán), svalového vlákna (vyčerpání energetických rezerv, nahromadění krevního laktátu), vliv hormonů (snížená

produkce hlavně kortikoidů a adrenalinu). Při vyšetřování svalů k objektivizaci výsledků je nutno vyloučit příčiny, jako jsou metabolický rozvrat, neuroendokrinní poruchy, akutní i chronické záněty, malignity, deprese.

ETIOLOGIE

I přes intenzivní výzkum zůstává etiologie tohoto onemocnění stále nejasná, pozornost směřována do tří hlavních oblastí – infekce (virové), imunitní systém, faktory psychologicko-sociální.¹

Nejvíce pozornosti, též výzkumné činnosti, zaznamenává infekční – virová etiologie, neboť CFS připomíná „vleklé infekční onemocnění“, probíhající ve vlnách, se střídavými somatickými příznaky. Dle pacientů je charakteristický náhlý začátek onemocnění s typickým příznakem virózy.

Je uváděna různá etiologická agens (Epstein-Barr virus, virus herpes simplex, Inoue-melnick virus, virus spalniček, enteroviry, retroviry, Borrelia burgdorferi, toxoplazmósa, candida albicans, Giardia lamblia), maximum pozornosti je však věnováno EBV (časnému a virovému kapsidovému antigenu). Neexistuje však žádná korelace mezi subjektivním stavem nemocného CFS a výsledky serologických reakcí. U pacientů s CFS se také nepodařilo prokázat vyšší množství EBV genomu ve slinách.

Za další možný faktor se považují změny v imunitním systému, spíše dysbalance (hypo i hyper) v imunologických para-

metrech. Neexistují žádné typické laboratorní odchylky v imunologickém vyšetření u CFS, uvažuje se i o možné infekční příčině a neschopnosti imunologického systému zbavit se důsledku této příčiny.

Významnou roli hraje také endokrinní dysfunkce, a sice porucha osy hypothalamus – hypofýza – nadledvinky. Zde se staví do popředí příčiny psychosociální a únavový chronický syndrom se v tomto kontextu chápe jako psychosomatické onemocnění. V odborných publikacích (Vrubel a spol.) jsou analyzovány příčiny CFS – první místo zaujímají příčiny psychické, dále infekční, poté imunitní poruchy a jiné. Z tohoto důvodu je doporučováno psychologické a psychiatrické vyšetření.

Za možný etiologický faktor CFS se považují také reakce na různé cizorodé materiály – silikonové implantáty, ale také amalgámové plomby, titan, popř. jiné (kloubní náhrady?)...² U některých pacientů byla zjištěna porucha svalového metabolismu s hromaděním laktátu, jiní udávají pouze snížený práh vnímání zátěže a bolesti.

¹Patrné dělení na res extanza a res cogitans – dualistické vnímání existence člověka.

²Strukturální a nestrukturální tělesné schéma – viz ontologie CSF, tělesnění – soma, sarx a pexis, hřeb v těle se stává součástí strukturálního a nestrukturálního tělesného schématu.



VYŠETŘOVACÍ METODY A SCHÉMA DIAGNOSTIKY

Kromě splnění Holmesových a Oxfordských kritérií je nutno provést další vyšetření, jako je podrobná rodinná, osobní, sociální a pracovní anamnéza (nejlépe časovou osu³, v níž již je částečně naplněn nárok ontologického vhledu), dále základní interní vyšetření, opakované kontroly hmotnosti, tělesné teploty, krevního tlaku, hematologické, biochemické, imunologické, sérologické, bakteriologické a endokrinní vyšetření včetně konsiliárních odborných vyšetření.

Imunologie:⁴

1. prokázáno zvýšení počtu cytotoxicých T-lymfocytů, které vykazují na svém povrchu znaky aktivace,

³ Chvála, Trapková, L. *Komplexní psychosociální diagnostika a intervence u chronických chorob*. Liberec: vlastní vydání, 1997.

⁴ Konzultace s MUDr. Josefem Černým – imunologická ordinace Turnov (sdělení a přepis).

2. snížení funkce NK-buněk (přirozených zabíječů), které jsou odpovědné za dohled nad buňkami napadenými virem nebo nad buňkami mutovanými nádorovým bujením,
3. zvýšení koncentrace CIK (cirkulujících imunokomplexů),
4. zvýšení IGG protilátek,
5. přítomnost různých autoprotilátek a iniciace autoimunitních chorob,
6. porucha regulace neúčinně aktivovaného imunitního systému chronickou virovou infekcí – jde o poruchu regulace nitrobuněčného protivirového systému 2-5A syntetáza/ RNáza L. Důležitou roli zde hrají cytokiny – při chronickém únavovém syndromu se zvýší jejich aktivita. Viry generují zvýšenou tvorbu cytokinů – následná reakce: horečka, bolest a úporná únava. Za této situace může mnohdy vzplanout autoimunitní onemocnění. Praktický význam tohoto poznatku – v experimentu léčba (Ampligen).⁵

⁵ Osobní terapeutická zkušenost imunologa s dlouholetou praxí.

LÉČBA A PROGNÓZA

Léčba je velmi individuální, závisející na abnormalitách nálezů v imunologickém vyšetření v korespondenci s klinickým stavem, hlavně symptomatická.

Při buněčné imunodeficienci či dysregulaci se podávají imuno-stimulační léky, také nesteroidní antirevmatika, imuno-modulátory (nebo malé dávky thymových hormonů).

Tento typ léčby nesmí být indikován bez imunologického vyšetření (možnost

„doutnajícího autoimunitního onemocnění“).

Při teplotách a opakujících se infektech podávání antibiotik nebo antivirotik.

Prognóza quoad vitam je dobrá, quoad sanationem velmi individuální, u některých nemocných stav vyústí v částečnou či úplnou invaliditu. Hrozba „úťeku do nemoci“ velmi vysoká.



ONTOLOGICKÝ KONTEXT CHRONICKÉHO ÚNAVOVÉHO SYNDROMU (CFS)

Karteziánské rozdělení člověka na *res extensa* a *res cogitans* ve vztahu tělo a mysl otevírá v medicíně, ale též v ostatních oborech, veliký problém. Člověk byl zvěcněn – reifikován, a i medicínské postupy s cílem navrátit původní stav odpovídají kauzalitě procesů v představě přírodních zákonů. Tělo však není věc, má vlastní způsob vnímání, rozumění, specifickou paměť. V nemoci nepostačí k obnovení původní funkčnosti operační zákrok, substituční terapie či jiná forma intervenční léčby. Tradiční vyšetřující a následně ošetřující postupy cílí od základní buněčné jednotky přes svaly, orgány, systémy, ne však ke kontextu, k počátku problému. Ten nelze zjistit žádným kvantitativním zkoumáním či poměřováním. Je to jen náš relativní poměr k věci, což je stejné v medicíně, přírodních i technických vědách.

Metodologický karteziánsky požadavek „clare et distincte“ určuje jasné hranice – jen to, co je měřitelné, uchopitelné, co má tvar a okraj tohoto tvaru (morfaí, peras) je vědou uznatelné, ozřejmené a dále zkoumané. Problém je pozadí, které pouští svou rozdílností do konkrétního tvaru – do jevení a ukazování. Právě proto je zde moment konfliktu karteziánského a nekarteziánského myšlení. Pozadí nesplňuje požadavek jasného a ohraničeného, nedá se měřit, uchopovat, je nekarteziánským CELKEM. Jde o celek, který nevznikl adicí – součtem částic. V každé části je celek obsažen. Pozadí je tím, co je nazýváno BYTÍ, konkrétní jevy jsou JSOUČNA. Jsoučna jsou jsoucný jen a pouze díky bytí. Vědění o rozdílnosti jsoucna a bytí, pochopení rozdílnosti mezi ontologií a onticitou je nutné ve všech vědách, v medicíně však tím více, neboť v pozornosti zájmu je člověk a zde kauzalita nepostačuje. Je velmi nutné

pochopit rozdílnost mezi časovostí Aristotela a temporalitou.

Člověk, existující svým zrozením v časoprostoru své existence, vnímá aktuálnost života – přítomnost času, ale zároveň si uvědomuje, co bylo (ví o retencích) a také o protenci – rozvrhuje budoucí čas. Naše vnímání není punktální (bodové), existujeme v temporalitě – živé časovosti, která funguje bytostně a také bytostně souzní.¹

Celek takto člověkem vnímán je složen z velkého množství zkušeností a vjemů, získaných v průběhu žití. Situovanost člověka v sobě nese nejen přítomnost extatického typu, ale i minulost, která se prodlužuje až do budoucnosti. Tím se vytváří jakýsi celek – věnec, který je tvořen průnikem času minulého, přítomného a budoucího. Existenci člověka, pochopeno fenomenologicky, lze vnímat jako pobyt (pobyt-tu), což je výsledek tzv. časových her.

Minulost člověka přichází z budoucnosti, minulost ovlivňuje žití tady a teď. To, co rozhoduje v tomto základním rozvrhu (roz-vrhu)², zakládá vše ostatní. Proto je možno říci, že bytí a jeho podstata prostupuje do všeho, proto je podstata bytí člověka velmi důležitá a právě z tohoto důvodu je třeba porozumět ontologicky.

Tím, že poměřujeme, vyšetřujeme a zkoumáme rozdílnost výsledku nemocného člověka od nálezu fyziologického, získáváme hodnotu ontickou, neposta-

¹ Hogenová, 2011

² Vržnost ve smyslu situovanosti člověka na životní cestě v nezajištěnosti, v nároku existenciální úzkosti.



čující k pochopení, neboť tělo není jen objekt.

Tělo má tvar, ale nekončí kůží (soma), má i obsah pod kůží – svaly, šlachy, orgány (sarx), tělo je i oduševnělé (pexis), prostupující soma a sarx. Celek – HOLOS je tvořen spojením soma, sarx a pexis v jednotě. Obraz těla není pevný, jak předpokládá mechanická, statická neurologie. Obraz těla je dynamický a tvárný – stále musí být přetvářen, doplňován a dle nahodilých zážitků se i radikálně reorganizuje.

Tento stav se nazývá aretace – v každém okamžiku existence člověka je neustále obnovována jednota ve smyslu legein, a tím jsou i harmonizovány základní ontologické protiklady.

Opakem je stav nazývaný dysaretace – rozbitá schopnost k bilanci a harmonizaci, výsledkem je nemoc ve smyslu ne-možnosti (ztráty moci) uskutečnění pohybu po životní cestě v originalitě a danosti konkrétního člověka. Nemoc vyjádřenou příznakem lze považovat za poruchu rovnováhy, projevující se na tělesné rovině. Na miskách vah má tělo a mysl podobnou váhu, proto zpracování duševních témat nelze od léčby oddělit. V obraze nemoci resp. obtíže se ztělesňuje základní princip, který je na úrovni nevědomí. Organové založení medicíny s cílem léčby na určitou oblast celostní pohled znemožňuje, léčba je orientována na struktury tělesné, izolované řešení bere v úvahu pouze biologický kontext a léčba probíhá v rovině technické – techné.

Vyjádřeno Martinem Heideggerem, v nemoci není naplněna DYNAMIS (možnost pohybu v rovině celku), tím zůstává nenaplněna ENERGEIA (vnitřní účel daného člověka) a ERGON (uskutečňování v činech, v možnosti realizace prostřednictvím činů). Výsledný stav v

kontextu fenomenologického myšlení je ne-moc (ztráta moci, možnosti), což u takto situovaného člověka vede k úzkosti, nenaplnuje se TELOS (vnější účel), vše je komplikované, děsivé a cyklením nastává situace velmi nepříznivá, typická zvýšením existenciální úzkosti, nemožností pohybu ve smyslu habituálním.

(Toto vše obsaženo i v řeči a jednotlivých skutcích pacienta: ne-moc, bez-moc, po-moc. Velmi často zmiňovaná únava až nemožnost výkonu běžných denních aktivit souvisí s váznoucím pohybem habituálním, bolestivé body na těle a pocit „napnuté až malé kůže“ naznačuje vystavení tlaku mimo přirozenost danosti – krize ve smyslu tlaku – co se stlačuje, to se organizuje a zároveň otevírá možnost řešení.)³

Z fenomenologického hlediska je dysaretace člověka stavem monarchie – vyhraňováním se proti celku, stanovováním vlastních zákonů; opakem je izonomia – vše funguje na pozadí celkovosti. Ve stavu izonomie je vnější a vnitřní účel člověka propojen, což lze vyjádřit výrazem ARETÉ – výbornost, výtečnost.⁴

Objasnění situovanosti člověka v jeho žití je možné pouze přes konkrétní chvíli pohybu po životní cestě vzhledem do podstaty, která jde do hloubky jednotlivin, zachycující nejen jejich text, ale i kontext. Teprve jejich spojením fenomenologicko-hermeneutickým způsobem

³ De Chardin, P.T., 1990

⁴Výraz Areté se poprvé vyskytuje v řecké písemné tradici v 6. st. př. n. l., většinou zmiňován v souvislosti se spravedlností. Sókrates však začal tento výraz chápat jiným způsobem, od 2. pol. 5. st. př. n. l. je Areté vztahováno k ideji Dobra a odkazuje na filosofickou životní orientaci.



myšlení se otevře cesta k pacientovu přirozenému světu jako východisku pro bio-psycho-sociálně-spirituální intervenci.

Slovo praxis znamená ve vztahu k pacientovi nejen udržení a zachování života a navrácení k možnému původnímu výkonu, ale především – otevírání smyslu. V patočkovském fenomenologickém myšlení jde o pohyb v původním smyslu (dynamis v aristotelovském pojetí), jde o realizaci potenciality.⁵

Člověk ne-mocí ztrácí přirozenou možnost pohybu. Nejde o pohyb těla či porušenou funkci některých somatických struktur. Tělo má schopnost pohybu ve smyslu mechanickém, fyzikálním, chemickém a biologickém, ale v kontextu habituálním je třeba započíst i pohyb duše.

Dle Platona má duše ohňovou podobu, je složena ze tří částí – rozumu (logistikon⁶), žádostivosti (epithymia⁷) a

⁵Člověk je individualita, ale současně je i součástí sociálního pole. Proto do jaké míry dojde k realizaci potenciality, záleží na jedinci, jeho naladěnosti a na možnosti jeho ex-sistence v polis – společnosti, do níž se jedinec rodil a na celku světa se podílí.

⁶Logistikon (Λογιστικόν) = rozumová část duše, Vernunftseele, orientace na důvod, racionalita. Platón dělí duši na tři části: logistikon, epithymetikon, thymoeides, které jsou zjednodušeně označovány rozum, vůle a cit. Pojem označující rozum lze rozlišit na 1. nous (νοῦς) = myšlení a 2. logistikon = spíše rozum racionální, přičemž odlišnost a harmonii obou (někdy synonymních) pojmů lze přirovnat k charakteristice převažujících činností levé a pravé mozkové hemisféry.

⁷Epithymetikon (Ἐπιθυμητικόν) = pudová část duše, Triebseele, směřuje hlavně k naplnění potřeby. Slovo Epithymia znamená duši zanícenou, čili instinkt, touhu a vášně. V dialogu Kratylos Platón naznačuje, že touha

odvahy (thymos⁸). Kde není logistikon v harmonické rovnováze se dvěma alogickými částmi triády duše, kruhy pohybu takové duše nevystupují vzhůru, prodlévají u země, což je přibíjí k pleonexii (πλεονεξία = požívačnost, chamtivost, nenasytnost), tj. k nekonečnému stupňování vlastní hedoné (ἡδονή = slast). *Platónská duše je pohybem, který vzniká sám ze sebe, a proto je nesmrtelná. Pohyb duše je kruhový, vychází z člověka směrem do světa a opět se navrácí, hledaje a nalézaje podobné – totožné a různé. Pohyb duše člověka, duše planet – světa a duše polis – obce jsou v jednotě, v usebranosti, které se říká od nejstarších dob LOGOS (slovo, řeč, rozum, myšlenka, pojem, soud; nevztahuje se jen na lidské mluvení a myšlení, má význam kosmologický). Schopnost počítkovat otevírá přístup k autenticitě žití, naplnění nároku ve smyslu sókratovském pro každého člověka znamená nárok pohybu duše v určité výši, nadhledu a otevřenosti k bytostným otázkám.*

(epithymia) je orientována ze srdce člověka ven, proto souvisí s uplatňováním moci, zatímco erós jde v proudu (πῶς) opačně, erotická touha tedy přichází očima. Slovo θυμός (thymos), jež je v základu slova epithymia, je často překládáno jako „duše“, či „nálada“, v řečtině souvisí s náhlými prudkými pohyby v přírodě, s pohybem vody při varu, poryvy větru, vulkanickými tlaky, má explozivní charakter.

⁸Thymoeides (Θυμοειδής) = emocionální část duše, Affektseele, temperament, je základem vlivu, sebeprosazení, energizuje, dodává odvalu. V pojmu opět vidíme základ slova thymos = vášně, hněv a eidia = zvláštní. Thymos tedy zde znamená připravenost prosadit své rozhodnutí, „zvláštní“ hněv, hlavně hněv spravedlivý, tj. odvalu, ale také spravedlnost.



ZÁVĚR:

Dasein je spolubytím. Člověk nežije v izolaci, ale s druhými lidmi, přírodou a věcmi v kontaktu (tzv. čtveřina a nárok středu, zmiňovaná v textech prof. Anny Hogenové). Martin Heidegger (2006) rozlišuje mezi dimenzí *obstarávání* (vztahování se k věcem v každodennosti – pomocí rukou ve vertikalitě – rescendenci, sloužící militantně – užitkově) a dimenzí *postarání se* (vztah k jiným lidem – spolubytí). V této souvislosti patří k lidskému bytí skutečnost tělesnosti, která souvisí s celkovou naladěností člověka.

(V hlavních subjektivních příznacích – viz onticita CFS – je často zmiňována bolest horních a dolních končetin, zhoršující se malou aktivitou neúměrně do veliké únavy – v kontextu heideggerovského pojetí existence je horní končetina, resp. ruka možností uchopovat svět mířící do rescendence, dolní končetina v symbolu pohybu po životní cestě. Ruka (též dolní končetina) a řeč ve významu rescendentním a transcendentním je velmi významnou indicií k určení možnosti terapie CFS formou hygiensis, zahrnující tedy obě dvě dimenze: obstarávání a postarání se).

Naladěnost výrazně ovlivňují nálady a emoce – *iracionální ontické fenomény* (radost, smutek, hněv, láska), zakládající chování člověka určitým způsobem.

Naladěnost je *bytí-tu*, způsob určité vztahovosti daného člověka k sobě samému, ke světu v nejširším slova smyslu. Tělesnost a naladěnost jsou ve velmi úzké propojenosti, z naladěnosti vychází vztah daného člověka ke světu jako bytosti jednotné, s možností existence (vystupování) ve společenství světa. Tělem poznáváme svět. Vše, co se s námi děje, má svou odezvu v těle. A

míra, v jaké tělo odráží vnější a vnitřní události, je zároveň mírou žitého významu těchto dějů pro nás.¹

Způsob, jak člověk bytuje ve světě, je určen způsobem, jak pobývá s lidmi a u věcí. Člověk je ve světě zcela jinak „zapuštěn“ než věc, rostlina nebo zvíře. Je ve vztahovosti. V tomto duchu hovoří o otevřenosti světa člověku Frankl: Být člověkem znamená vždy být zaměřen a nastaven na něco nebo na někoho, být oddán nějakému dílu, jemuž se člověk věnuje, nějakému člověku, jehož miluje.² Naladování se na to, co je zde, je tím nejdůležitějším.

Tělo je zdrojem poznání a je srovnatelné a stejně relevantní, jako výtěžek z objektivního poznání. Problém je opět na rovině racionální, v požadavku „more geometrico“. Tělo v kontextu metodologickém je bráno jako nástroj k dobré službě a možnosti výkonu, při poruše je nárokována oprava a následné fungování jako dříve.

Pozorné naslouchání „řeči těla“ nejen samotným člověkem, ale i lékařem v případě poruchy či ne-moci vede k možnosti velmi účinné prevence a následně i dobrého označení diagnózy s volbou a rozvržením terapeutického postupu formou hygiensis (léčba z motivu).

Základní myšlenka fenomenologie o ukazování věcí na pozadí, které je pouští do zjevu, je zde velmi důležitým momentem. Je však třeba si také uvědomit pozadí, které je v konkrétním člověku, neboť toto pozadí, jež lze

¹Kopřiva 2000, s. 94

²Frankl 1997, s. 103



přirovnat k „promítacímu plátnu“, je základem pro jeho rozhodování, pro intencionální zaměřenost. Ve hře jsou v každém okamžiku žití pozadí dvě – jedno uvnitř daného člověka jako výsledek krytí retencí, druhé vnější, obě však související a řídicí.

V terapeutickém procesu je situace složitější o nárok vstupu konkrétního lékaře-terapeuta, který sám existuje ve dvou pozadích; porozumění ex-sistenci pacienta je zde nárokováno pochopením nemoci hermeneutickým způsobem

Tělesné bytí je podstatou života, člověku umožňuje spolubytí a vztahovost – být na světě, obývat svět. Tělo je zdrojem energie, síly, elánu, možnosti vystupovat a realizovat se. Projevem omezení tělesného bytí je ne-moc, tím je omezena či znemožněna možnost člověka být v otevřeném, dynamickém, zaujatém vztahu s lidmi a věcmi ve světě.

Nemoc umožňuje jistý pohled a vnímání jako výtěžek žité minulosti, protrahující v podobě protencionalit, aniž by si to daný člověk uvědomoval. Je to nemožnost tvořit jednotu s JÁ (Selbst), nemožnost svobodné volby, nemožnost se volně pohybovat v kontextu habituálním. Jde o emoční, kognitivní i tělesnou exhausci (vyčerpání), což je v projevech chronického únavového syndromu obsaženo v široké rovině příznaků. Hlavní příznak únava, obsažený i v názvu nemoci, v ontologickém kontextu odkrývá základní předpoklad vztahu člověka ke světu, podstatu

životního pohybu – jeho ne-moc, nemožnost, bez-moc realizovat svojí existenci.

Člověk je vyzýván k aktivitě – k řešení problémů v každodennosti (heideggerovské obstarávání), je vybízen k volbě možností, což jsou ty, která nejvíce konvenují s arché – jeho počátkem a jeho telosem – cílem životního pohybu. Vytápat nejlepší možnosti, uskutečňovat životní pohyb, je obtížné i tehdy, když je člověk aretován – zdrav, natož v nemoci.

Herakleitovská myšlenka o životě v podobenství ohně a ohni v podobenství hry vystihuje proměnlivost zdravých a nemocných bytostí. Dispozice nemocného člověka v otevřeném, dynamickém, zaujatém vztahu se sebou samým, s druhými lidmi a celkem světa, je omezena, až úplně znemožněna. Způsob tělesnění je specificky dotčen, ochromené tělesné bytí uzavírá cestu k uskutečňování životního pohybu.

Dasein je pobytem zde a nyní, v přítomnosti. Každý pobyt je však otevírán z budoucnosti v kontextu minulosti, a proto je současné vždy motivováno tím, co vzniká z představ o budoucím v bytostné zkušenosti minulého. Navrátit možné, obnovit životní pohyb v maximální možné šíři v originalitě žití je skryto v samotné nemoci. Hermeneutické rozkrývání v temporalitě žití nemocného je cestou k terapeutickému cíli.

*Felix, qui potuín rerum congnoſcere cauſas.
Štaſtný, kdo mohl poznat příčiny věcí.
Publius Vergilius Maro, nar. 70 př. n. l.*

Do redakce přišlo 14. 8. 2015

K tisku zařazeno po recenzi 31. 8. 2015

Konflikt zájmů není znám



LITERATURA

1. JUNG, G. G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-85880-16-4
2. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1997. ISBN 80-85139-63-2.
3. HEIDEGGER, M. *Heraklit*. Frankfurt am Main: Victorio Klostermann, 1979.
4. HEIDEGGER, M. *Co je metafyzika?* 2. opr. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2006. ISBN 80-7298-167-6.
5. HEIDEGGER, M. *Básnický bydlí člověk*. 2. opr. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2006. ISBN 80-7298-165-X.
6. HOGENOVÁ, A. *K problematice poznání*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 2005. 257 s. ISBN 80-7290-222-9
7. HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. ISBN 80-86861-72-4
8. HOGENOVÁ, A. *Jak pečujeme o svou duši?* 1. vyd. Praha: PedF UK, 2008. 257 s. ISBN 978-80-7290-3
9. HOGENOVÁ, A. *Starost o duši*. Praha: PedF UK, 2009. 223 s. ISBN 978-80-7290-393-1
10. HOGENOVÁ, A. *Jsme rozhovorem*. Praha: PedF UK, Petr Pacner-firma PIP, 2011. ISBN 978-80-7290-526-3
11. HUDLIČKA, P. *Prožívání, zkušenost, životní svět, aneb, O cestách do světa na zkušenou*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-323-7
12. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA V.: *Rodinná terapie psychosociálních poruch*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-205-0309-9
13. CHVÁLA V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie a teorie jing-jangu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-391-8.
14. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X
15. MERLEAU-PONTY, M. *Viditelné a neviditelné*. Praha: Oikumené, 1998. ISBN 80-7298-098-X.
16. PATOČKA, J. *Péče o duši I*. 1. vyd. Praha: Oikuméne, 1996. ISBN 80-86005-24-0
17. PELCOVÁ, N. *Filozofická a pedagogická antropologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0076-5.
18. SARTRE, J. P. *Bytí a nicota*. Praha: Oikuméne, 2006. ISBN 80-7298-097-1
19. DE CHARDIN, P.T. *Vesmír a lidstvo*. Praha: Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-043-5
20. **Jiné zdroje:**
21. konzultace s MUDr. Josefem Černým – privátní ordinace imunologie a alergologie, Turnov

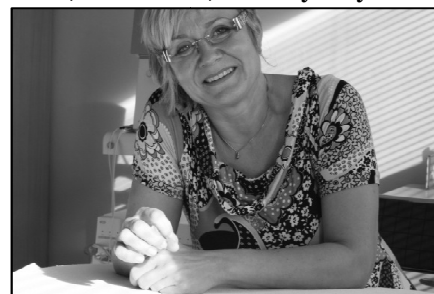
O AUTORCE

PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.

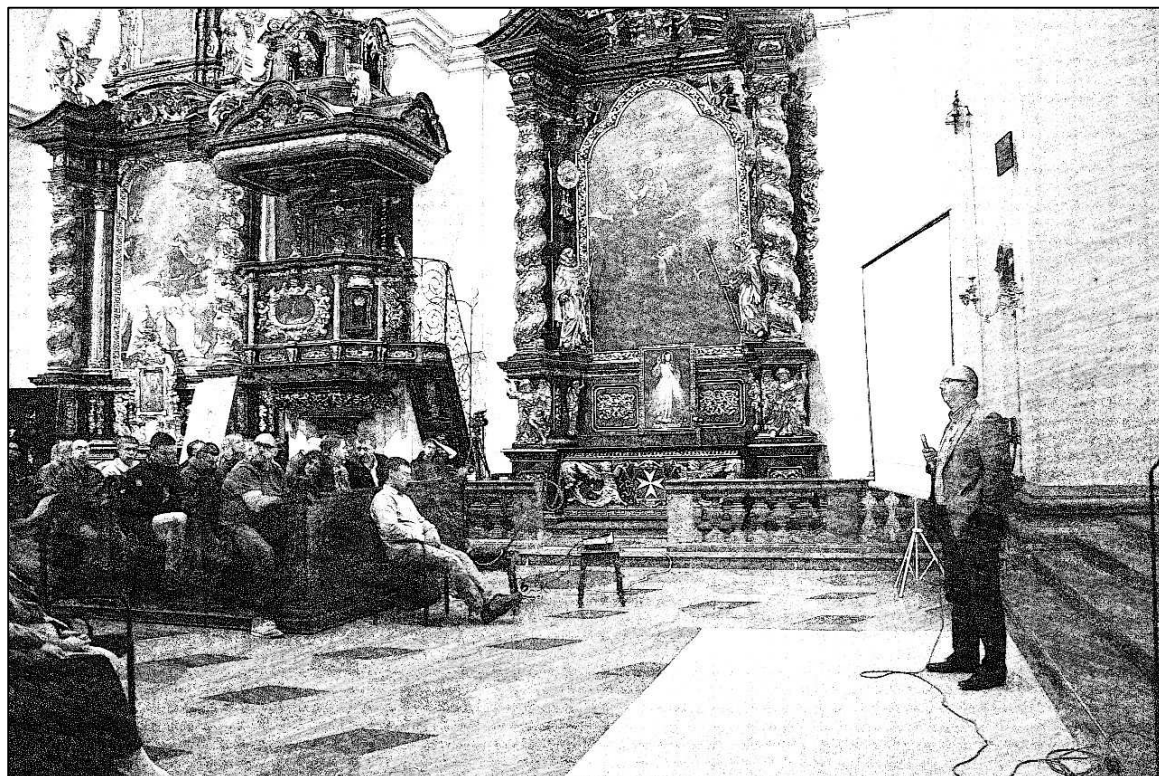
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
 TU v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
 Studentská 2, 461 17 Liberec 1
 e-mail: helena.kalabova@seznam.cz
 tel. +420 607 567 150

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU Liberec od r. 2008, zaměření pedagogické a publikační činnosti: filosofie, etika, antropologie, fenomenologie nemoci, krizová intervence v sociální práci, psychologické poradenství, práce s rodinou ve speciální pedagogice, kurzy a výcviky v rámci celoživotního vzdělávání v pomáhajících profesích.

(1997- dosud) Privátní praxe – psychoterapie, léčba bolesti, Liberec 1, Tovaryšský vrch 1358/3, 460 01



ETIKA



ILUSTRACNÍ FOTO: PROF. BÁRTA, ČLOVĚK V DIALOGU, U JEZULÁTKA, 2015

NEZNALOST PRACOVNÍKŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN MŮŽE VÉST K POŠKOZOVÁNÍ PACIENTŮ

Nezávislá skupina pro etiku (Po-etici) se na svém jednání 10. 9. 2015 seznámila se situací pacientů psychiatrické léčebny Šternberk, kteří se léčili na psychoterapeutickém a psychosomatickém oddělení pro psychosomatické symptomy. Místo toho, aby se pracovníci České průmyslové zdravotní pojišťovny (205) v Ostravě dotázali odborných společností na jednoduchou věc, zda součástí léčby psychiatrických nebo psychosomatických pacientů léčených na specializovaném psychiatrickém oddělení může být také rehabilitace, podali rovnou **trestní oznámení na Psychiatrickou léčebnu ve Šternberku** a její lékaře, pro

podezření, že záměrně okradli pojišťovnu, když indikovali u svých psychiatrických pacientů kromě léků také rehabilitaci. Bohužel ani na policii ČR nikoho nenapadlo, že je to očividně odborná záležitost, totiž otázka indikace, a spustili gigantickou akci, při které zvou stovky pacientů, kteří byli léčeni v PL Šternberk v posledních pěti letech, k podání vysvětlení na služebně. Zde jim je položena řada otázek včetně toho, jaký typ léčby v léčebně podstoupili, zejména, zda šlo o léčbu psychiatrickou či somatickou (kdo to umí rozpoznat?). V rámci tohoto tzv. „předběžného šetření“ byla rozeslána výzva několika



stovkám občanů, aby se dostavili ve věci nikoli *podezření* ze spáchání trestného činu, ale rovnou „*ve věci spáchání trestného činu*“, jako by byla hotová věc, že lékaři spáchali trestný čin. Ve státě, kde doposud platila presumpce neviny, v situaci, kdy psychiatrie bojuje proti své stigmatizaci, a kdy se dokonce pokouší o svou reformu tak, aby pacientům nabízela skutečně bio-psycho-sociálně orientovanou léčbu, je takovýto postup pojišťovny i orgánů činných v trestním řízení opravdu neuvěřitelný.

Naše pracovní skupina pozvala MUDr. Michala Kryla, primáře napadeného oddělení, abychom si udělali ve věci jasno a mohli se zabývat etickou stránkou celé záležitosti. Historie úzké spolupráce psychiatrie a rehabilitace v PL Šternberk je dlouhodobá a chvályhodná. Tradice zapojení tělové terapie a rehabilitace do léčby psychiatrických pacientů má v našich zemích dlouhou tradici, a jen proto, že se to nedaří všude tak dobře, jako ve Šternberku, nemůže být důvodem k pochybnostem pracovníků zdravotní pojišťovny o správnosti indikace. Pochybení, ke kterému reálně došlo, se týkalo dokumentace. Za administrativní chyby PL zaplatila po revizi pracovníky ZP kolem 4 mil., když zpětně neuznali provedenou a podrobně rozepsanou léčbu. Když pracovníci PL uvedli

dokumentaci do souladu s přáním pracovníků ZP i v tom, že psychosomatictí pacienti musí být do léčebny přijímáni po vyšetření psychiatrem (!), stal se i dopis s touto informací rozepsaný praktickým lékařům, předmětem vyšetřování!

Nejde o to, že by se pojišťovny neměly starat o správnost dokumentace a o financování zdravotní péče, ale postup, který Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a policie ČR zvolila, je nešťastný, ne-li neomluvitelný. Důsledky dopadají především na pacienty, kteří jsou vystaveni otázkám nezdravotníků na podrobnosti o psychickém a somatickém stavu v prostředí policejní vyšetřovny. Křehká rovnováha zejména starších somatizujících pacientů je tak nepochybně vystavena zátěži, a psychiatrie další stigmatizaci. Odbornou stránkou věci by se měly zabývat odborné společnosti, které k tomu tímto vyzýváme (PS ČLS, SPM ČLS, ČPS ČLS), ale poučit by se z případu měli i pracovníci zdravotních pojišťoven. Domníváme se, že by širší medializace celého případu mohla pomoci zabránit dalším škodám během individuálního tlaku na jednotlivé pacienty při vyšetřování.

V Praze 10. 9. 2015

MUDr. Vladislav Chvála, předseda výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP

PhDr. Hana Junová, Rafael institut, Praha

PhDr. Lenka Kalousová, Praha

Mgr. Helena Klímová, Rafael institut Praha

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice

PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny Liberec

Mgr. Marek O.Vácha, PhD., Ústav lékařské etiky



POLITIKA, KONCEPCE



PROF. LOEW NA PŮDĚ LF UK

LOEW T. H.: PSYCHOSOMATIKA JE VYNIKAJÍCÍ POLE PRO SOUČASNÝ MODERNÍ VÝZKUM

Druhý seminář s prof. T. H. Loewem z Lékařské fakulty v Řezně (Regensburgu) proběhl v aule dětské kliniky ve FN Královské Vinohrady 26. 5. 2015. Zatímco minule se profesor věnoval výuce psychosomatiky na německých lékařských fakultách, tentokrát se zaměřil na výzkum v psychosomatice. Protože na semináři byli noví kolegové, v diskusi došlo i na témata, o kterých se diskutovalo už na 1. semináři, ze kterého jsme přinesli přepis v minulém čísle Psychosomu (2/2015). Přepis zhruba poloviny dalšího semináře přinášíme čtenářům dnes.

R.: Kolik německých lékařů má o psychosomatiku zájem?

Zásadní je, že zhruba 30 % lékařů je tématu otevřeno, mohou se vzdělávat a stát se rodinnými lékaři. Polovina se specializuje na psychosomatiku, druhá polovina zůstává ve svém oboru (interna

a všeobecné lékařství) a získávají dodatečnou kvalifikaci. V zásadě můžeme říci, že jeden kvalifikovaný lékař je u nás asi na 6 tisíc obyvatel. A když se řekne, že zhruba každý desátý pacient je psychosomaticky nemocný, je třeba vědět, že se s tím dá ještě něco dělat.

R.: Je to dostačující?

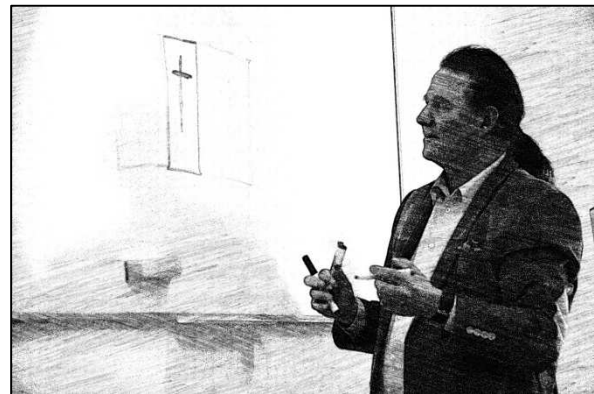


L.: Spousta lidí svůj život zvládá. Nesmíme na tomto místě svět příliš psychologizovat. Každý desátý však zřejmě prodělá někdy v životě krizi, kterou sám nedokáže zvládnout. Zkušenost ukazuje, že z toho každý desátý, tedy asi jen 1 % pacientů, je těžce nemocný. Z těchto těžce nemocných šest podstoupí naši léčbu. V Německu máme tedy tuto luxusní situaci, když spočítáme psychiatrické a psychosomatické služby za rok, je to asi 7 miliard eur (což odpovídá obratu firmy Porsche), které vydáme za léčení psychiatrických a psychosomatických nemocí. Takže můžete říci, že jsme takové „Porše v medicíně“. Když se na to podíváte v relaci, za zdrav služby v Německu se vydává asi 250 miliard eur, a z toho 7 miliard je na oblast psychosomatickou. Nechci říkat, že je to jen kapka v moři, i u nás je to jen malé procento, ale je trvalé. To, co děláme, souvisí s výzkumem, děláme průzkum ošetření. Přednáším na sociální medicíně v Regensburgu, ta přednáška se jmenuje „Pochopit svět čtyřmi matematickými úkony“. Když řeknu Česko má 10 milionů lidí, Německo 80 milionů. V Německu pracuje asi 45 milionů, ostatní jsou důchodci či děti. V Česku by mělo pracovat asi 5 milionů lidí. V Německu je v současné době průměrný roční výdělek cca 30 tisíc eur hrubého, a když řekneme, že platíme příspěvek do zdravotní pojišťovny 15 %, výpočet je jednoduchý: 45 milionů x 16 % z 30 tisíc je asi 1/4 bilionu eur. Z toho 3 %. A vy si můžete spočítat, kolik byste měli mít tady v Česku k dispozici, a zjistit, zda se to do vašeho systému dostane.

R.: Jak je to s výzkumem v psychosomaticce?

L.: Na co ještě potřebujeme výzkum? Musíme téma psychosomatické medicíny dostat mezi lékaře. Přejde mi

pozoruhodné, že jsme teď v kapli a že vlastně první akci na lékařské fakultě v Praze pořádáme v kapli (ve fakultní nemocnici Královské Vinohrady). Protože vždycky se musíme vyrovnávat s předsudky, že psychosomatika je něco komfortního, nebo je to otázka víry... a je vidět, že někdy se dá předělat třeba funkce kaple na posluchárnu. My musíme jasně ukázat, v čem je náš podíl na zajištění zdraví. Musíme se vypořádat se „nečistými tématy“, jako je sexuální zneužívání a násilí v rodině, a to žádný politik nechce slyšet. Ta postižení jsou tabu. První krok byl, že se nám r. 1970 podařilo zavést psychosomatiku pro studenty LF jako povinný předmět. K tomu řeknu ještě něco později. Druhým krokem bylo, že jsme r. 1986, téměř před 30 lety, základní psychosomatickou péči etablovali do lékařské praxe tak, že to rodinní lékaři



museli začít dělat. Dnes máme přes 70 tisíc lékařů, tj. polovinu dnes aktivních lékařů, kteří se to učili, kteří tím vzděláním prošli. Když budeme počítat dál, tak to znamená, že máme zhruba jednoho školeného lékaře na 1000 obyvatel, tedy zhruba jednoho na 100 pacientů. Kdyby tento lékař investoval každý týden do jednoho pacienta 30 minut a měl 50 hodin času, tak by ve skutečnosti mohl ošetřit všechny. Kdyby viděl pacienta každých 14 dní, zabýval by se polovinu své pracovní doby psychosomatickými pacienty, a kdyby se svými pacienty mluvil jednou za měsíc, zabýval by se jimi asi 1/4 svého času. To

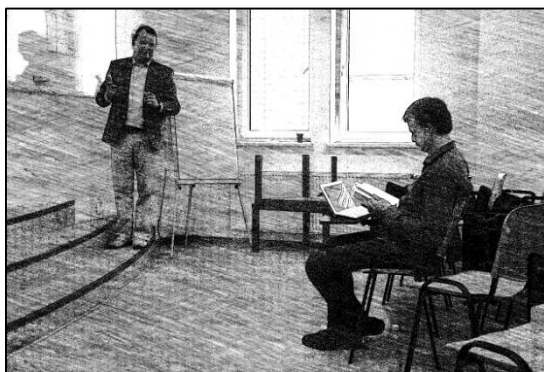


znamená, kdybychom zvládli vyškolit všechny rodinné lékaře a bylo to patřičně ohodnoceno, mohli bychom všem pacientům nabídnout alespoň základní psychosomatickou péči. Uměním v této situaci je za těch 30 minut, které pro pacienta mám, pro něj něco podstatného udělat. To je také otázka pro výzkum. Je třeba zprostředkovat odpovědným osobám informaci, že psychosomatický pacient, který je chybně ošetřen (pokud dostane šanci, aby navštívil všechny specialisty nebo stále dokola chodil k praktickému lékaři), je čtrnáctkrát dražší než běžný pacient. Vtip je v tom, že ta medicína, která naslouchá (sprechende medizine) je levnější a dá se kalkulovat. Jako příklad uvedu Rotal klinik v Zinzbachu, kde žije 10 tisíc obyvatel. Tam byla dříve malá nemocnice se čtyřmi základními obory, a byla to deficitní nemocnice. Dnes je to „jenom“ psychosomatická klinika a výsledky má v černých (tzn. bezpečných, pozitivních) číslech. A tak se budete ptát, kam jezdí pacienti, kteří potřebují kardiologii a chirurgii? Jezdí o kousek dál do specializovaných nemocnic. Takto se změnila péče u nás.

R.: Jste zastáncem psychosomatické léčby. Můžete, pane profesore, ještě upřesnit, co si mají naši čtenáři pod tímto pojmem představit?

L.: Ano, zkusím ještě jednou krátce shrnout, jak se dá dělat psychosomatika. V našem oboru máme největší pochopení pro nemoc, vidíme příčiny v rodině, ve společnosti, léčíme vztahově. Dáváme životu smysl, někdy i zpětně, můžeme to nazvat tzv. vzpomínkovou medicínou. Někdy musíme pomoci i u organických nemocí, které vyžadují chirurgický zákrok, nejsou všechny rodiny rozpadlé a z těchto důvodů se někde musí zasahovat organicky. A potom zprostředkujeme možnosti pro zvládnutí nemoci. Pak

naším pacientem není pacient samotný, ale také sociální prostředí, v kterém se nachází. Vývoj posledních 20 let je takový, že stále více chápeme a rozumíme problémům v soužití. Vidíme, že problémy v soužití jsou způsobeny stresem, nebo způsobují stres. Už je to sto let, co se slovo stres objevilo v literatuře, a teď se hodně používá. Co musíme nově dostat do hlav lékařů a také do hlav pacientů je, že to není psychologické téma. Stres zabíjí. O tom čteme každý den, když otevřeme noviny a přečteme si úmrtní oznámení. Nejdůležitější, co z toho vyplývá, je, že život není spravedlivý, není férový. To



vidíte z toho, že někdo zemře v padesáti letech a někdo v devadesáti. Není tady žádná spravedlnost. Někdy je to osud, často je to ale také zatížení nemocí, které by při zdařilém zvládnutí stresu k tomuto konci nedospělo. Takže lidé mají enormní šanci a pomalu začínáme chápat, co svými psychosomatickými intervencemi můžeme lidem dát. A tím se otevírá další důležité pole pro výzkum.

Dotaz z publika: Počítáte v psychosomatické péči také s jinými profesemi, jako jsou fyzioterapeuti, psychologové?

L.: Určitě ano. Musíme najít cestu, aby mohly tyto profesní skupiny spolupracovat. Ale na dvou frontách musíme být pozorní. Psychosomatická medicína není žádná alternativa. Není to žádná jiná cesta vedle školní medicíny. To je otázka,



kteřá se i politicky stále diskutuje, jestli existuje školní medicína, vedle ní alternativní medicína, a potom možná psychosomatická medicína. Je to jedna a ta samá medicína. Už tisíc let jsou zde lékaři, kteří se o medicínu starají, a má to smysl. Otázka, která se zde naskýtá – může někdo, kdo není lékař jednat jako lékař? Odpověď je jasná – nemůže. Fyzioterapeut sám od sebe nemůže říct, to je psychosomatická nemoc a já ji budu léčit, nemůže to říci ani psycholog. Ale v týmu může být lékař nebo lékařka s psychologem a fyzioterapeutem, popřípadě s úplně novými profesemi (nově jsou tady dobré možnosti v bakalářském studiu) a společně mohou pro pacienta dosáhnout mnohého.

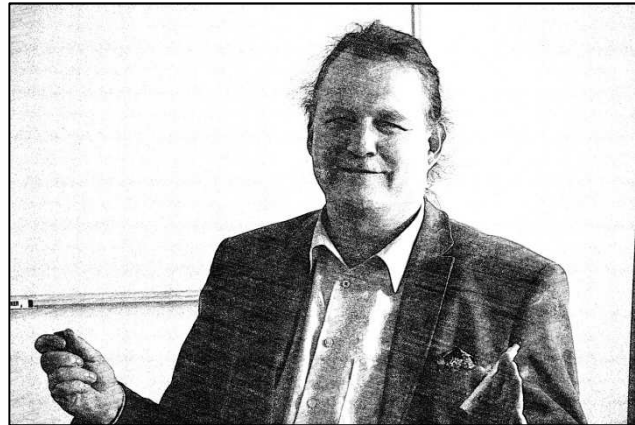
Otázka z publika: Zaujalo mě číslo 260 těžce nemocných, z toho 6 jde do terapie. Je to málo, nebo hodně?

L.: Je to málo.

Posluchač: Znamená to tedy, že je to selhání lékařů, že pacienty nedostali do terapie?

L.: Obráceně. Řekl bych, že selhávají pacienti sami. Pacienti mají možnost jít na terapii, ale záleží na druhu nemoci, někdy si žádnou pomoc neobstarají. Praktický příklad – každá terapeutická hodina, která je indikována, je v Německu placena. Psychoterapie je výkon placený pojišťovnou. Bude vás to iritovat, ale minimálně třetina Němců žije v sociální vrstvě, které říkáme „prekariát“. To znamená, že my jako společnost se o ně musíme postarat. Spousta rodin žije ze sociálních dávek. U nás je to velké politické téma. Předtím jsem říkal, že průměrný příjem je 30 tisíc eur hrubého. Rodina, která má 3–4 děti, se dostane k podpoře od státu asi 30 tisíc eur za rok, takže nemají potřebu pracovat. Tyto rodiny nemají energii

řešit svoje problémy. Znamená to například, že děti nechodí do školy a rodiče nejsou schopni je motivovat, aby do školy šly. Ani rodiče nechodí na terapii, protože to je problém dětí. A kdo má ty děti do školy ráno v 8 či v 9 hodin odvézt? To by to dítě mělo být už hodinu ve škole. Takže těch 6 lidí, kteří se dostanou do terapie, to jsou ti, kteří jsou už skutečně v nouzi. Pak je spousta těch,



kteří nevidí, že jsou v nouzi. To je také důvod, proč je psychosomatika samostatným oborem. Snažíme se vysvětlit pacientům, že není důležité, jestli ta nemoc je podmíněna duševním stavem nebo není, protože šance je vždycky 50 %. Říkáme pacientovi: „Jsi ve špatné situaci, je ti líto, že jsi v ní, ale musíš se jí zbavit. Máš šanci něco udělat, ale pravidla určujeme my.“ V německém sociálním zákoníku je věta, že pojištěnec je povinen k součinnosti při uzdravování. To znamená, že musí svou částí přispět, aby dostal placenou péči. A v tomto momentě ho můžeme získat. Tím v systému otevíráme třetí dveře. Všeobecné lékařství na takového pacienta nestačí, protože on nepřijde. Dostane deset termínů a přijde 1–2krát. Když je hospitalizován, tak nemůže ven. Takový pacient by nikdy nepřišel na psychiatrickou kliniku. A i kdyby přišel, minulo by se to účinkem. Nemá schizofrenii, nemá žádnou závislost, není dementní, nemá těžkou depresi. Naši pacienti působí naprosto normálně. V super-



marketu si jich nevšimnete. Když se jich ale zeptáte, jak se jim daří, tak odpovědí, že špatně: „Nemůžu nic dělat, nemůžu se hýbat, nemůžu chodit do práce na 8 hodin denně, to je nemožné.“ Též pacienta vidíte v supermarketu – 140 kg živé váhy. Tak to je náš problém...

Otázka posluchače: „Zaujal mě pozitivní ekonomický tlak při šesti týdnech nemocenské. Jaké jsou to diagnózy?“

L.: To je napínavá otázka. Krátce to vysvětlím, ale ještě se k tomu dostaneme. Problematika diagnóz je tak napínavá, že tady máme vlastně jednu frontu s psychiatry a moje odpověď na tomto místě je – diagnózy nejsou náš problém. Problém jsou naši pacienti. Jednoduše – naši pacienti jsou ti, kteří si myslí, že jim něco je, chovají se tak, jako by něco měli, ale lékaři specialisté říkají, že je všechno v pořádku. Mohou mít i symptomy – bolesti hlavy, tinnitus (šelest v uších), bolesti v krku, úzkostné pocity, bolesti v nohou, které jim brání ujít více než 50 metrů. Vždycky tehdy, když omezení a nález nepasují dohromady déle než 6 týdnů, tak je to psychosomatický pacient – to je první skupina. Druhá skupina jsou chronicky nemocní lidé, kteří se s touto nemocí nemohou vyrovnat. Může to být amputace, alergie, koronární srdeční onemocnění, roztroušená skleróza, může to být celé spektrum. 1500 pacientů, které konsiliárně ošetříme za rok z celkového počtu 30 tisíc pacientů v Regensburgu na univerzitní klinice, tedy zase přibližně 5 %, mají 3 tisíce různých lékařských diagnóz. Začíná to na oční klinice – třicetiletý právník říká, že nic nepřečte, a oční lékař mu řekne, že je vše v pořádku. Zasahuje to až po zubní lékařství. Herec, který řekne: „Já jsem si tady nechal zbrousit zub, abych dobře vypadal, a teď ho necítím a nemůžu na jeviště, pořád myslím na ten zub, kéž bych býval k zubaři nešel!“ To je celé

spektrum, druhá skupina. Třetí skupina, to jsou pacienti, kteří mají osobnostní poruchu a najednou dostanou nějakou tělesnou nemoc. Pacient není pacientem, a chirurg nebo internista, který ho ošetřuje, přijde za námi a řekne: „Já toho pacienta nechci, já s ním nemůžu vydržet.“ Nebo je to problém sebepoškozování. Mladá žena, dětská zdravotní sestra, 21 let, na onkologii: Aby se vysvětlila velmi nízká hemoglobinu 4,3, provedou se vyšetření odshora dolů. A ukáže se, že si sama dělá punkci žil, pouští si žilou jako Drákula a vnější rány nemá žádné. Nechá vytékat krev do umyvadla a nikdo to nepozná. Nebo mladé ženy, diabetes 1. typu s anorexií. To už je čtvrtá skupina –



všechny poruchy příjmu jídla. Psychiatři se ptají: proč? Protože jsme se o to celý život starali, historicky jsme byli rychlejší. Poslední skupina, o kterou se staráme a máme s ní hodně práce – to jsou pacienti, kteří přežijí trauma (tsunami, pád letadla, těžkou dopravní nehodu nebo lékařské zákroky; také pobyt na JIP může vést k posttraumatickému stresovému syndromu). Na mé druhé klinice je 10 lůžek pro Bundeswehr. Tam máme pořád vojáky, kteří byli v zahraničí a byli tam traumatizováni. Co neléčíme: Neléčíme deprese a úzkosti, ale pokud by náhodou naši pacienti takové potíže měli, tak je samozřejmě léčíme společně s ostatním. Vždycky ale v popředí musí být nějaký tělesný symptom. Pacient říká: „Přeci



nejsem blázen a nepatřím na psychiatrii, ale nevidím, mám tinnitus, bolí mě koleno, nemohu chodit do práce, bojím se, že se mi zastaví srdce. Mám poruchu trávení, chodím sice na záchod dvakrát za den, ale může se stát, že mohu jít za dvě minuty a nenajdu záchod.“ Tak to jsou naši pacienti.

Otázka posluchače: Pátráte aktivně po psychosociálních souvislostech také u pacientů, kteří mají somatický nález, jako jsou pacienti s ekzémem, astmatem atp.?

L.: To jsou častá onemocnění, trpí jimi až 10 % dětí. Vždycky když nález a omezení, která nemoc způsobuje, nepasují k sobě, je na místě se tak ptát. V zásadě může být všechno psychosomatickou nemocí, ale není žádná nemoc, která by musela být psychosomatickou nemocí. Moje zkušenost například s astmatem nebo chronickým zánětlivým onemocněním střev je taková: Jsou pacienti, kteří řeknou, že jsou normální, a „jen“ mají nemoc. To považují za nebezpečné, vede to k tomu, že se k tomuto onemocnění hledá alternativní forma léčby. Já léčím astma u dětí sambutamolem, a když je to nutné, tak kortizonem. To je šetrná a účinná léčba a z trpícího dítěte uděláme normální dítě. Co nejméně medicíny a jen tolik, kolik je nutné. A samozřejmě funkční relaxaci mohou dát dítěti něco do ruky, co bude moci samo ovládat. Astma je i výzkumně napínavé téma. Děláme prospektivní studii dětí s astmatem, ve které porovnávané různé způsoby léčby s některou formou relaxace proti placebo. Vidíme, že skoro všechny děti reagovaly na sambutamol, s výjimkou dvou. Všechny ostatní se velmi zlepšily. Necelá polovina dosáhla velmi dobrých výsledků funkční relaxací, několik se jich také zhoršilo, ale u těch, u kterých to funguje, je to skvělý komplementární doplněk léčby. To je třeba rodičům

vysvětlit. Psychosomatická medicína znamená mimochodem i pochopení toho, že léky fungují. Je třeba odbourat iracionální úzkosti z vedlejších účinků léků. V tom stojíme na jasné pozici. Z čeho mám oteklý krk? Reaguji psychosomaticky? Když ale pošlu dítě k psychoterapeutovi a dětský psychoterapeut řekne „kortizon je nebezpečný, vypusťte ho“, nemusí dítěti poskytnout dobrou službu. Když taková víra vstoupí do hry, někdy je velmi těžké dávat doporučení k braní léků nebo pro stravování. Pacienti se dostanou k lidem, kteří si koupili drahé přístroje, jež jsou propagovány pod nevysvětlitelnou teorií biorezonance. Vloží tam lék nebo potravinu, ručička vyjede do červeného pole a oni řeknou rodičům: „To dítě bude zdravé, když nebude jíst tu a tu potravinu nebo lék.“ V Německu není bohužel zakázáno takové hlouposti vyprávět, je to katastrofa. Je to nebezpečné, může to ublížit tělesně a na tomto místě je potřeba rodiče i lékaře informovat, jak se dá nemoc jejich dítěte pravdu léčit. Dnes není vůbec žádný problém například zvládnout chronické bolesti hlavy. Výchozím bodem je deník bolesti. Minule jsme o tom trochu mluvili, ale lékaři ani pacienti to nedělají. Tady v tom směru musíme vyučování velmi prohloubit, abychom se dostali dále.

Otázka posluchače: Říkal jste, že psychosomatika patří do medicíny, a stejně bojujeme s tím, že používáme trochu jiný jazyk, ale somatičtí lékaři mají jiný jazyk a často si nerozumíme. Vytvořil se v Německu nějaký společný jazyk?

L.: Znova od začátku. Řekli jsme, že výzkum psychosomatiky v Německu je téma pro náš první blok. Nyní vám ukážu něco jiného. Maják německé psychosomatiky svítí v Heidelbergu a já vám ukážu, čím se tam zabývají.



Rozhodující je společná řeč. Tou je angličtina (smích). Co je našim rozhodujícím posláním? Psychosomatika byla zakotvena na lékařských fakultách. To znamená, že já si hledím do očí s internisty, s gynekology, se všemi. Fakulta zvolí psychosomatika, a potom to ten psychosomatik fakultě vrátí zpátky ve formě vědeckých publikací, které mají hodnotu (ta se dá měřit impakt-faktorem) a musí být k dispozici prostředky pro výzkum. Na to jsou také čísla. Německý profesor v průměru získá 280 tisíc eur jako prostředky pro výzkum, a to potom zvyšuje hodnotu fakulty. Já jako psychosomatik musím dodávat výsledky stejně jako ostatní. Potřebuji zajímavá témata a musím přinést prostředky na výzkum. Roku 1970 jsme v Německu nastartovali na sto procentech. Obor byl etablovaný, proto byli vyučující. Potom vyučující museli dělat výzkum a kompetitivně se rozvíjet. Z toho vyplynulo, že některá místa byla úspěšnější a některá méně úspěšná. Samozřejmě existuje tlak stejně jako v jiných oborech, jako v lékařské sociologii, lékařské psychologii. Není na každé lékařské fakultě katedra soudního lékařství nebo pracovního lékařství, to si fakulta vždy sama zvolí, jak to chce obsadit. Ale ty fakulty, kde psychosomatika přežila, tam jsou jednotky, které opravdu dobře fungují. Například v Berlíně, na technické univerzitě v Mnichově nebo v Heidelbergu. To souvisí s tím, že je k dispozici dostatek personálu, kliniky jsou velké. Podívejme se, jaká témata se tam zpracovávají. Jsou to přesně ta témata, která jsme předtím identifikovali jako zajímavá. Psychosomatický výzkum jde směrem ke zvládnutí rakoviny, např. co potřebují ošetřující, jaký je klinický petting, jak fungují denní kliniky, popř. také jde o eventuelní symptomy deprese, ačkoli je to u nás vedlejší téma. Hodně výzkumu se týká vzdělávání studentů. To byla

naše taktika, že jsme leccos chtěli k vyučování připojit, např. psychokardiologii, poruchy příjmu potravy atd.

Red.: Kolik lékařských fakult se v Německu věnuje výzkumu v psychosomatice?

L.: Osobně chápu svět pomocí čísel. Máme 35 lékařských fakult. Na 20 z nich jsou psychosomatické katedry. Z toho přibližně 1/3 má ke katedře ještě druhou někdy i třetí profesuru. Přibližně 1/3 je personálně velmi dobře vybavena. Závěrečná třetina – tam se nic moc neděje. A ve středním poli – tam se toho děje tolik, kolik můžeme očekávat. Co ti ostatní? Je tady určitý počet zařízení, přibližně 1/4, která nemají žádnou profesuru. U nás na univerzitních klinikách jsou i katedry, které nejsou tou výzkumnou silou vybaveny. Jak je to možné? Tyto kliniky vydělávají peníze. Takže to, co onkologové odloží, chce psychosomatika získat. Pak je malá skupina kateder, která si vzala pod křídla psychiatrii. Úplně nevymřely, ale pro nás to jsou politická rozhodnutí, která to takto stabilizovala. A nakonec je tu určitý počet fakult, které taková zařízení mají, ale přesně se nevědí, co z toho bude, protože některé fakulty se například slučují. To se stalo v Berlíně. Dříve zde byla Svobodná univerzita s jednou lékařskou fakultou, druhá fakulta byla na klinický výzkum a na Humboldtově univerzitě ve východním Berlíně na Charité. Teď je to všechno na Charité. V Mnichově je to také tak, dvě velké univerzitní kliniky, které se sloučily do jedné univerzitní kliniky se dvěma fakultami. Takže i tady je stále nějaký pohyb. A co dělají velmi potentní katedry, které sem patří? Tak za 5 let mají mezi 80–100 publikacemi, dá se říci, že přibližně 20 publikací za rok. Střední skupina mezi 20–60 publikacemi, v průměru 8. A ti, co jsou na chvostu, jsou malé jednotky, např.



psychosomatika v Magdeburgu, v Roztoku, ti zvládnou 1–2 publikace za rok. Témata, která se zpracovávají. Na německých vysokých školách v oboru medicíny jsou dva zdroje, odkud přicházejí peníze. Na jedné straně to, co tak jako tak máte na základní vybavení. Když bychom vzali tady těch 20 oddělení, vědecké vybavení zahrnuje v průměru 5 míst, 300 tisíc eur za rok x 20, přibližně 6 milionů eur za rok na výzkum. V posledních 8 letech bylo investováno 20 milionů eur do výzkumu psychoterapie. Takový projekt běží 5 let, takže když to vydělíte 5, pak 4 miliony eur za rok, to je dohromady 10 milionů eur za rok. Když se na druhou stranu podíváte na to, že v tom systému se pohybuje 7 miliard, 10 % by bylo 700 milionů a jedno procento – je to vtip, ve srovnání s tím, co by mělo být možné. To je náš velký problém, přesto se z toho dá něco efektivního udělat. Strategie byla taková, že celou částku nedostane jeden tým, ale univerzity budou spolupracovat. Teď je otázka, co jsou zajímavá témata a co potřebuji jako základní vybavení k tomu, abych to vůbec zvládl. Protože věda také ukazuje, že když nemám žádné vybavení, žádný personál, tak ničeho nedosáhnu. Takže tady je také takový spád. Samozřejmě ti, kteří mají hodně, dostanou zase hodně navíc (smích).

Red.: To jsou peníze na výzkum a zájem lékařských fakult. Ale jaká jsou témata ve výzkumu?

L.: Co jsou tedy naše témata? Somatoformní poruchy. Dalším důležitým tématem jsou poruchy příjmu potravy – anorexie, bulimie, to už jsou dvě oblasti z těch pěti. A třetí důležitou oblastí jsou témata z oblasti traumatologie. Ještě něco zbude, a tady nám pomůže průmysl, např. psychodiabetologie a kardiologie. Potom je samozřejmě důležitý rozvoj ve vzdělávání studentů, což je velmi napínavá

oblast. V současné době se zdá, jako by nebyl v medicíně žádný problém s dorostem. Je mnohem více uchazečů než míst. Zdá se, že každý může studovat, kde chce. Jenže pod tlakem úspěšnosti není jenom psychosomatika, ale všechny kliniky. A každá univerzita chce ty nejlepší hlavy. Vždycky mezi nimi musí být někdo, kdo získá Nobelovu cenu. To znamená, že se musí lákat studenti, aby ta tlustá ryba, kterou chcete ulovit, pokud možno skočila do vody tady na té univerzitě. Tzn., že fakulty dávají peníze na dobré koncepty vyučování. Ostatní kliniky to zatím nepostřehly, že si zatím ty peníze psychosomatika přisvojila. Vedle toho se dá ještě dělat výzkum bez peněz. V ideálním případě tak, že to zaplatí někdo jiný. U nás je to tak, že kliniky jsou povinny mít systém zajištění jakosti, musí odevzdávat zprávu o činnosti a popisovat kvalitu (kolik udělali ošetření, jak jsou ošetření úspěšná...). Nám se podařilo dát zřizovatelům najevo, tedy vysvětlit, že je hloupost, když si to bude každá klinika vyvíjet sama. My tedy děláme službu pro všechny a ještě máme velkou výhodu, že anonymně můžeme porovnávat jak dobré nebo špatné jsou kliniky ve srovnání s ostatními. To je další speciální rozpočet, který negeneruje žádný personál, ale publikace. Takže tohle to jsou možnosti, které máme.

Red.: Dokázali jste se hodně prosadit v celém systému. Berou vás tedy vážně?

L.: Samozřejmě je nám všem jasné, že nejsme ve slonovinové věži. Dlouho to byl historicky problém. U nás se ještě dnes německá psychosomatika považuje za pupek světa, protože máme ty nejlepší podmínky. A my k tomu máme ještě historiku, kterou jsem Vám vyprávěl minule. Teď musíme sestoupit z toho šlechtického koně. Victor von Weitsecker a Thure von Uexkühl si mysleli, že jsou



nejlepší lékaři, protože mluvíme s pacienty, staráme se a všechno to je psychosomatika. Problém toho myšlení v minulosti, které jsem ještě zažil, protože jsem jejich vnukem, bylo malé oddělení, kde byli všichni lékaři psychoanalyticky, měli dlouhé vousy a dělali skvělou psychosomatiku. Hodiny si vyprávěli s pacienty, měli skvělé hypotézy, ale ošetřili sotva 100 pacientů za rok na 16 lůžkách. Někteří pacienti u nás leželi celé měsíce, 0,1 promile obyvatelstva. Klinika Sonnenberg ve Stuttgartu – tam byla střední doba léčby 8 měsíců ještě do 1988. Prosím, tohle v Česku podle nás nedělejte. Musíme jít klidem a řešit problémy s nimi. Takže teď jsme si představili, jak to funguje s financováním, kde je to nebezpečí.

Ostatní disciplíny, chirurgie, interní medicína, naši práci nepochopí, dokud nebudou peníze zvonit v pokladně. Pokladna je pro vědce základ. Každé ráno dostanu e-mail, kde je napsáno, že 100 vědců se dívalo na vaše publikace a 5x je citovali. Ale až v momentě, kdy nám budou ostatní obory posílat pacienty, budeme vítězi. A ještě lepší bude, když se u nás začnou léčit profesori jiných oborů. Zároveň to ale na nás vytváří tlak, abychom tu práci dělali dobře.

Zde končí polovina semináře.

Přepis R. Menclová, úprava redakce



RECENZE, EXCERPTA

ČERNÁ M.: SVÉPOMOCNÁ PŘÍRUČKA PRO SESTRY (PSYCHOTHRILLER), RADKIN HONZÁK, GALÉN, PRAHA, 257 S.

Radkin Honzák z pozice své profese lékaře psychiatra předkládá sestřím knižního pomocníka a rádce pro přežití ve zdravotnictví. Podtitul „psychotriller“ ukazuje, že o profesi sester hodně ví a že kniha nebude jen nudným seznamem rad, ale živou a čtivou příručkou, prokládanou příběhy z praxe.

Sám autor uvádí, že napsal průvodce světem, který zná, ale z jiného úhlu pohledu, než ho vidí sestry. Právě tento jiný úhel pohledu je důvodem, proč by si měly příručku přečíst.

Kniha vydaná nakladatelstvím Galén je členěna do 11 kapitol. První část knihy se obrací přímo k osobnosti sestry, prochází s ní úskalí její profese, ukazuje jí, jak by měla o sebe pečovat. Najdeme tu kapitoly věnované začátkům v profesi, péči o spánek a zdravý stravovací režim, ale i další vzdělávání v ošetrovatelství.

Druhá část knihy se věnuje komunikaci a zaměřuje se na problémové situace. Přináší návody jak jednat s agresivními, závislými a depresivními pacienty. Nechybí ani s humorem podaná kapitola o tom, jak přistupovat k VIP pacientovi. V závěrečných kapitolách autor stručně popisuje základní psychoterapeutické směry a vysvětluje, jak lze dosáhnout požadované změny jednání a udržet ji, a to nejen u pacientů, ale i u sebe.

Vzhledem k tomu, že jde o svépomocnou příručku, je třeba ocenit její přehlednost

a srozumitelnost. V každé kapitole najdeme zvýrazněné důležité myšlenky a citáty, orámování upozorňuje na základní zásady a návody.

Doporučení uvedená v knize pomáhají sestřím předejít syndromu vyhoření a vyhnout se nástrahám pomáhajícího povolání, a pokud se do nich přece jen chytí, autor jim ukazuje cestu jak se vyprostit. Příručka se tak může stát vtípnou a praktickou průvodkyní jak pro začínající sestry, tak pro ty, jimž se práce stala rutinou a někdy i přítěží.

Za nejdůležitější považuji, že autor vede sestry k tomu, aby se měly rády a pečovaly samy o sebe, když říká, že by polovinu péče a obětavosti, jež chtějí poskytnout pacientům a svým blízkým, měly nabídnout sobě. Dále říká: „Povolání sestry není sebeobětováním, ale poskytováním péče, a aby bylo z čeho poskytovat, musí sestra část péče investovat do vlastní osoby.“

I když je kniha psána primárně pro sestry, domnívám se, že ji mohou využít i další pracovníci pomáhajících profesí, zejména kapitoly o pomáhání a sebeobětování.

Sestry si své povolání vybírají, aby pomáhaly druhým, a pomáhají jim ze všech sil a z celého srdce, bohužel často za cenu vyčerpání a vyhoření. Proto potřebují někoho, jako je Radkin Honzák, aby jim laskavým způsobem



ukázal, jak myslet i na sebe, nesnažit se být za každou cenu dokonalé a dokázat druhým odpustit.

Z každé stránky knihy je vidět, že autor má sestry – své spolupracovnice – rád a že si jejich práce váží. Proto je příručka napsaná pro ně také pohlazením pro jejich duši.

Mgr. Michaela Černá,
FHS UK Praha,
Adresa domů: U kříže 8, Praha 5
E-mail: cerna@spoldat.cz

HONZÁK R.: LIDSKÝ FAKTOR PRIZMATEM PLACEBO EFEKTU

Moerman D.E.: **Against the "placebo effect": a personal point of view.** Complement Ther Med. 2013 Apr;21(2):125-30.

Autor znovu prošel deset svých oblíbených studií, v nichž je zmiňován „placebo efekt“, které se ale věnují tomuto termínu v jeho medicínském kontextu. „Placebo“ je inertní látka, která může dělat leccos. Všichni víme, že když je taková látka podána, něco se stane. Jedna (a pravděpodobně i jediná) věc je jasná: že změny, které se odehrají, nejsou důsledkem působení té inertní látky.

Placebo může mít různý tvar a různou barvu, což může člověku zprostředkovat přesvědčivé významy. Ty v příslušném prostředí se většinou týkají léčebného účinku s přesvědčivými výsledky. Mohou se stát metonymickými reprezentacemi celé zkušenosti s medicínou (Metonymie je reprezentace celku určitou jeho částí: například „budeme počítat hlavy“ je významově o osobách, nebo „Bílý bůh oznámil“ je oznámení exekutivních složek americké vlády. Zde pilulka je představitelem celé medicínské zkušenosti.).

Ještě přesněji, tyto pilulky mohou být metonymickými simulakry¹ (simulakrum je druh arteficiálního objektu jako socha místo muže, nebo placebo místo aspirinu). Je dobře známé, že takové objekty mají mocnou schopnost obsahovat a předávat smysl; například evropské katedrály jsou běžně konstruovány z tisíců metonymických simulaker od rozetových oken po oltáře.

V tomto kontextu může být placebo připomínkou medicínských setkání s jejich stíny i útěchami. Placebo může zprostředkovat lékařům nejniternejší pocity léku a léčby; lékař pak může při jeho prosté přítomnosti zvýšit účinnost procesu, který podniká (a klinický lékař je těžko placebem, protože jen těžko by mohl být inertní). Inertní placebo nám tak dovolují vidět lidskou dimenzi léčení; ale říkat tomu „placebo efekt“ dramaticky převrací porozumění tomuto léčení zaměřením na inertní a opominutím smysluplného. Říkejme „jsou tady odpovědi“, ale ne „placebo efekt“. (Autor je antropolog; excerpt: Radkin)

¹ Encyklopedická definice říká: Simulakrum je virtuální kopie neexistujícího originálu, která je reálnější než skutečnost.



SPOLEČENSKÁ RUBRIKA

HONZÁK R.: SEDMDESÁT LET HELENY HAŠKOVCOVÉ

Helena sice není psychosomatická, ale patří k nám naprosto přirozeně, jednak svým přístupem ke zdraví a nemoci, jednak tím, co udělala pro vztahy mezi pacienty a zdravotníky a v neposlední řadě svou velkou vitalitou, nezdolností a ochotou rvát se za věci, které jsou sice správné, leč nejsou právě košer.

Prof. PhDr. a RNDr. Helena Hašková, CSc. se narodila 19. srpna 1945, vystudovala biologii a také filosofii na UK v Praze a v roli bioložky vstoupila do prostoru československého zdravotnictví. Nutno říci, že ač zde pracovala na plné obrátky a věnovala se imunologii, kde také získala vědeckou hodnost CSc., nikterak nezanedbávala své filosofické zázemí. Etiku, v socialismu zakázané slovo, musela balit do populárně naučných publikací, nicméně šidlo v pytlí neutajíš, takže vydala jen dvě knížky s touto tematikou: *Rub života – líc smrti a Spoutaný život*. O co méně mohla tehdy publikovat, o to aktivnější byla jako neúnavná lektorka četných seminářů, které jsem měl to potěšení s ní občas absolvovat.

Jako jedna z mála (druhým byl Jaro Křivohlavý) se odvážila v době jásohu nad skvělými úspěchy socialismu otevřít tabuizovanou kapitolu thanatologie a začít odplevelovat neorané pole v duchu Elizabeth Kübler-Rossové. Od ní také získala autorská práva na amatérsky (a dobře) přeložené *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*, které vydala hned po roce 1990 s tím, že polovina



výtisků byla zdarma poskytnuta studentům lékařských fakult.

Po několikaleté relativně krátké leč intenzivní práci v geriatrickém kabinetu IPVZ se věnovala už naplno etice jako svému životnímu poslání. Přestože kmenově patřila na filosofická, a dokonce také teologická akademická pracoviště, byla a je mezi lékaři vždy vítána a uznávána, což se každému z této strany věd nepodaří.

Z publikací vydaných po roce 1989 (mnohé opakovaně) chci zmínit následující: *Fenomén stáří, Lékařská etika, Práva pacientů – komentované vydání, Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. K tomu několik různých etických *manuálů*, upravených pro lékařské i nelékařské zdravotnické profese. Její vědecké aktivity se neomezují jen na etické problémy medicíny. Její záběr je vskutku široký, o čemž svědčí publikace *Můj král trpaslíků aneb cverkologie – první česká vědecká nauka o trpaslících* (Galén 2006). Tuto knihu dokončila slzíc, protože se dozvěděla, že Šmudla si zažádal o růstový hormon.



Milá, milá Heleno!

Zatímco padesátka je v životě postupným cílem, v němž člověk slaví to, že se v plném mládí dožívá úctyhodného stáří, nese v sobě sedmdesátka kouzlo dosaženého stáří spojeného s výhodami plného mládí. Alespoň v Praze, neb od této chvíle může každá a každý jezdit zadarmo v MHD, a to i v příměstských tratích. Tak je možné zajet až do Kutné Hory a obdivovat chrám svaté Barbory, který je mnohem starší, a jak je krásný! Jsem moc rád, že jsem Tě ve svém životě

potkal a že Tě budu potkávat ještě nějaký pátek. že zdoláš všechny vraky mrané co plují nad Čerchovy a že se ještě dlouho budeš při dobrém zdraví vina trefovat, jak doporučují kočička a pejsek.

Radkin Honzák

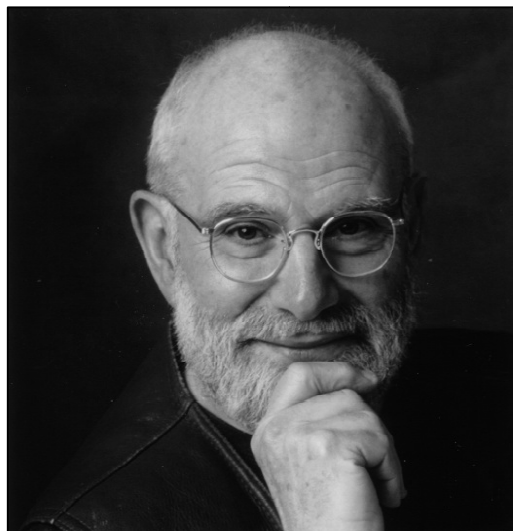


HONZÁK R.: OLIVER SACKS, NEUROLOG, KTERÝ ZNAL LIDSKOU DUŠI

S prvním Sacksovým dílem jsem se setkal „služebně“ na počátku devadesátých let jako recenzent českého překladu knihy *Muž, který si pletl svou ženu s kloboukem*. Pak už jsem ho začal shánět a hltat jako čtenář, ba víc než čtenář, jako učedník. Z londýnského antikvariátu jsem si přivezl odrbaný výtisk *A leg to stand on*, který nakonec zůstal někde mezi lidmi na cestách, což nevadilo, protože se mi mezitím podařilo přesvědčit doktora Houdka z Galény, že ho nechal přeložit a vydal ho s českým titulem, *Na čem si stojím*.

Přečetl jsem toho od Sackse hodně, byl jsem doslova očarován jeho *Musicophilií*, plně rezonuji s jeho pohledem, který hledá na případech pacientů nejen patologii, ale také tu pozitivní stránku, kompenzace, adaptace a zvládnání (*Antropoložka z Marsu*), který si troufá řadu „podivných jevů“ racionálně vysvětlovat a nestrkat hned do škatule medicínské psychopatologie (*Zrak myslí, Halucinace*), nicméně shora citovaný autobiografický příběh se mi vryl pod kůži nejvíc.

Jak je mým dobrým zvykem, vytrvale o něm kecávám, vnucuju ho všem a pro lékaře bych ho dokonce zařadil jako povinnou četbu. Proč? Protože na rozdíl od ostatních knih, které jsou ukázkovou přehlídkou umění kasuistiky, empatie a pozitivního přístupu k nemocným, je zde něco navíc, co v ostatních knihách nenajdeme v takové koncentraci a síle. A tím je popis bolestného nedorozumění, ke kterému docházelo navzdory tomu, že partneři v diskusi byli na slovo vzatí odborníci v oblasti neurologie.



Autorova bezmoc v roli pacienta, nemožnost vysvětlit obtíže, které nezapadají do biomedicínského schématu ošetřujících kolegů a jejich zděšení nad tím, že u takového (do jisté míry VIP) pacienta se věci vyvíjejí jinak, než odpovídá standardům, narušení rituálu velké vizity nepatřičnými jevy, Sacksova osamělost z níž mu nezbyvá než si dopisovat (uvažme komunikační možnosti té doby plus podmínky dané tehdy staženou železnou oponou) s ruským kolegou Alexandrem Luriou, který mu dodává naději. To vše vypráví o nedostacích v umění komunikace, o němž si drtivá většina lékařů myslí, že v něm nepotřebuje žádné školení, protože je zvládá zcela bravurně. Ta kniha je reflexí našeho počínání, které může být technicky moderní, účinné a dokonce bezchybné, postrádá-li ale komunikační linii, může se nejen pacientům, ale i nezaujatým lidem, zdát odlidštěné a nedokonalé.

Sám autor později o své zkušenosti napsal: „Zde byly role vyměněny a já



sám jsem byl pacientem, zmatený svými prožitky náhle „odcizené“ poraněné nohy, což jsem nemohl ani dobře pochopit, ani smysluplně sdílet se svými lékaři. Jedinou úlevou bylo psát o tom...“

Až potud byli všichni zainteresovaní (hlavní hrdina, jeho lékaři a nakonec i já) profesionální zdravotníci. Podívejme se ale, jak absenci dobré komunikace vidí literární kritička, tedy reprezentantka laického pohledu na problematiku, která v recenzi pro Washington Post tehdy napsala: „Ve svém volání po neurologii duše a hlubší a humánnější medicíně Sacksova kniha připomíná

zásadní význam humanistické zdravotní péče a potřebu opravdu humanistické aplikace vědeckých poznatků.“

Oliver Sacks byl genius, který nám zanechal studnici poznatků, ze které budou čerpat ještě další generace. Slušný přehled jeho díla je možné najít na této adrese: <http://www.oliversacks.com/in-the-news/>. Po plodném, i když ne vždy snadném životě, zemřel ve dvaosmdesáti letech 30. srpna. Odešel do nebe „popráškovaného hvězdami“, jak je popsal v jednom ze svých posledních blogů.

5. září 2015 Radkin Honzák



Z KONFERENCIÍ

KOHÚT J.: CREATING CONNECTIONS 2015 – REZILIENCIA

PREŽITIE VĎAKA PREPOJENIU

V polovici apríla sa v Holandskom Kaatsheuveli uskutočnila konferencia pre odbornú, ale aj laickú verejnosť s názvom *Creating Connections*. Ústrednou témou bola téma reziliencie. Za týmto slovíčkom s francúzskym, či latinským sexepílom sa skrýva pojem definujúci schopnosť človeka prežiť, adaptovať sa a vzdorovať potencionálne nepriaznivým vplyvom. Na konferencii, ktorá sa koná každé dva roky, prednášali profesioniáli, ktorí sa dlhodobo a hĺbkovo zaoberajú témami vzťahovej väzby (Daniel Siegel), na emócie fokusovanej terapie (Sue Johnson), neurovedami (Marco Iacoboni), acceptance & commitment therapy (Steven Hayes), tréningom bdelosti a pozornosti (Jon Kabat Zinn), ale aj napríklad etológiou (Frans de Waal).

Osobne som sa na túto konferenciu vybral predovšetkým s motiváciou zažiť v akcii jedného z pionierov – „prekladateľov“ východných meditatívnych praktík do západného kontextu, pána Jon Kabat-Zinna – zakladateľa MBI (mindfulness based interventions – napr. *MBSR – mindfulness based stress reduction*).

Počas sledovania týchto rôznorodých a výnimočne inšpirujúcich prezentácií a workshopov som mal možnosť rozpoznať zopár spoločných menovateľov:

- rozvíjanie pozornosti (awareness, mindfulness), pozornosti duálne nehodnotiacej, pozornosti zvedavej, avšak neaktívnej v zmysle vyvíjania

inej aktivity, ako aktivity samotného procesu pozorovania,

- pozorovanie a nepredpojaté skúmanie vnútorných procesov či už telesných, alebo emocionálnych (v tejto súvislosti dvoch strán jednej mince), procesov vnútorných do tej miery, do akej je možné túto hranicu stanoviť medzi viacerými otvorenými systémami,
- komunikácia, empatia, súcít, intersubjektívita,
- rozvoj terapeutického vzťahu, najdôležitejšieho a najefektívnejšieho faktoru účinnej interpersonálnej psychoterapie,
- dôležitosť spojenia resp. prepojenia jednotlivých faziet ľudskej osobnosti (sebaobraz, túžby/potreby, strachy, traumy), ich zvedenie a ich integrácia pomocou akceptácie a tento „vnútorný“ model na úrovni jedinca prenesený na úroveň interpersonálnu (medzil'udské vzťahy) a sociálnu (vzťahy na rôznych sociálnych úrovniach; národné až „nadržované“ vzťahy),
- zdravá vzťahová väzba s primárnymi osobami, ktorá jedincovi dáva pevné korene a týmto mu umožňuje rásť do výšky a šírky, a ďalej nadväzovať sýtiace a obohacujúce medzil'udské vzťahy, resp. umožňuje v prípade frustrácie tieto obdobia pretaviť do poučných skúseností ako zdrojov osobnostného rastu a v neposlednom rade bezpochyby rozvíjať toho akoby z francúzskeho odboja vyplývajúceho pojmu *reziliencie*.

V jednom veľmi zaujímavom a veľmi zábavnom príspevku bolo možné vidieť



vývoj vzťahov, predovšetkým vývoj altruistického, resp. podporujúceho a kooperujúceho chovania vyšších primátov. Frans de Waal tu poukázal, že toto správanie je úplne bežné u šimpanzov, ako aj u opíc bonobo. Keď som sa pozeral na tie malé video-ukážky, ako jednoducho a zároveň biologicky účelne táto kooperácia môže fungovať, prišlo mi na um nielen to, že tieto zvieratá pociťujú tú istú paletu pocitov ako my, a preto si zaslúžia väčšiu úctu, či už sa to týka ochrany ich prirodzených teritórií, alebo ochrany ich života ako takého, neredukovaného na „predmet“ či „vec“. Rovnako som si uvedomil, ako je spolupráca, pokiaľ je rešpektovaných pár pravidiel, v zásade prirodzená a jednoduchá vec, veľmi prospešná pre jednotlivca a skupinu.

Na záver dodám len toľko, že bolo neskutočne inšpirujúce sledovať ľudí tak ľudsky kompetentných, enormne sčítaných a rozhl'adených, interdisciplinárne pôsobiacich, pracujúcich na mnohých projektoch, venujúcich sa výučbe, výskumu a osvete, zároveň ale skromných vo svojich vyhláseniach a pokorne relativizujúcich tézy, ktorými sa zaoberajú celý život, teda ľudí poctivých k pravde. Predovšetkým k pravde, ktorá už koluje tisícročia vo vedomí aj podvedomí ľudstva. K pravde, že za rozvoj jednotlivca môže jeho absolútne prepojenie s ostatným svetom, s ľuďmi

a cítiacimi bytosťami naokolo, so svojim prostredím, v ktorom žije, ale aj so svojim vnútorným svetom so svojou vlastnou ekológiou. Azda aj prívetivou integráciou a akceptáciou prirodzených protichodných ľudských tendencií, odporov a strachov do jedného spoločného „sveta-organizmu“ je možné, aby mohla plynúť tak potrebná výmena informácií a energie a mohla byť zachovaná biodiverzita, faktor nevyhnutý pre prežitie. Náš najväčší zdroj. Aby človek nebol nútený zo strachu, či z nevedomosti „odtínať“ svoje rôzne fazety a aspekty, takisto však, aby neodtínal hlavy iným, ktorí nepasujú do jeho konceptu. Rozvojom horeuvedených schopností je človek schopný čeliť výzvam, ktoré prináša život a vďaka nim je potom skutočne možné, aby z deformujúceho distresu mohol byť benefičný eustres. Vtedy je reziliencia naozaj francúzsskou radosťou a nekonečným zažívaním miriád možných spojení v našom matrixe. Vtedy nejde iba o pomenovanie neurotransmiterov za toto zodpovedných (oxytocín v hlavnej úlohe), ale vtedy tu ide o niečo čo na konferenciách so šibalským úsmevom viackrát zopakoval pán profesor Dan Siegel - parafrázujem: Nejde iba o „me“ (ja), nejde iba o „we“ (my). Treba nanovo zažiť esenciu novologizmu – takzvaného „mwe“ („jmy“).

MUDr. Ján Kohút
 Assistenzarzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Praxis am Bahnhof
 Bahnhofstrasse 43
 8630, Rüti ZH
 Švajčiarsko
jankohut5@gmail.com



KABÁT J.: NÁHÁÉÁNA, NÁMANÉTÁNO...



Ti, kteří se zúčastnili červnové Čejenské konference na Psychosomatické klinice Praze, kde se konal její další, už čtvrtý ročník, ví, co znamenají tato slova v jazyce Čejenů. Ostatně bez jejich aktivní znalosti by se nedostali do teepee s občerstvením. Krátká lekce čejenštiny byla novinkou, podobně jako větší pozornost tématům týkající se specifické terapie psychosomatických pacientů.

Naopak stejný jako v předchozích letech byl zájem o čejenskou konferenci a množství Čejenů, kteří se ji zúčastnili. Konference se opět velmi vydařila - ještě jednou proto děkujeme všem, kdo se podíleli na její atmosféře. Myslíme si, že splnila svůj hlavní účel, totiž že vytvořila prostor pro setkání lékařů, psychoterapeutů a fyzioterapeutů, kteří se rádi zamýšlejí nad neobvyklými tématy psychosomatiky a psychoterapie i čas pro společnou zábavu a uvolnění na začátku prázdnin.

Témata byla vybrána jako vždy tak, aby trochu provokovala. Od čejenských diskuzí se neočekává nějaký závěr, přesnější nebo správnější poznání něčeho, nýbrž dávají příležitost vzniku nového pohledu, objevení nového významu a často i nových otázek.

Tak tomu bylo i letos:

“Co je dobrým výsledkem psychosomatické terapie?” Lékař má být, tím, kdo umožňuje, ne ten, který dělá rozhodnutí, ale ten, kdo stojí s pacientem při jeho rozhodnutí. Pro psychosomatického lékaře je bližší uznání pacientova problému a úsilí o odstranění symptomů. Jak to ale vnímají psychologové, psychoterapeuti různých terapeutických směrů? A jakou pak mají představu o výsledku terapie? Vyléčit nemoc nebo zabránit jejímu zhoršování? Nebo mírnit příznaky nemoci? Nebo častěji, naučit pacienta s nemocí žít? Ovlivní terapeutova představa výsledku terapie její průběh?



Velmi zajímavé byly diskuze o sebeodhalení v psychoterapii. Pro terapeuta není možné, aby zůstal pro klienta zcela anonymní - pravidelně dochází k bezděčnému prozrazení osobních záležitostí - stylem oblečení, způsobem vyjadřování, výzdobou a zařízením pracovny. Někdy může ale také dojít k nepředvídaným a nechtěným setkáním s klientem mimo terapii, při kterých se klient o terapeutovi může leccos dozvědět.

Odhalení faktů, pocitů, postojů může být při tom odhalení uklidňujícím i podněcujícím.

Tato a mnohá další témata jsme zkoumali v diskuzích “Sebeodhalení a



sebezahalení v terapii” a “Setkání s pacientem v situaci mimo ordinaci”.

Bylo určitě pro všechny velmi užitečné a inspirativní sdílet vzájemně zkušenosti se všemi nečekanými situacemi, které terapie přináší, s častým požadavkem pacientů na sebeodhalení terapeuta a s vlastními reakcemi v takových situacích.

Pacient velmi vnímá svého terapeuta, Opravdovost jeho zájmu o něj i jeho přesvědčení o smysluplnosti terapie. Identifikuje se s jeho postojem a reaguje na změny jeho postoje.

Počet pacientů nelepších se v terapii je ošetřujícími lékaři i terapeuty podle některých studií velmi podhodnocován. Jak je možné včas poznat, že se terapie nedaří? Co predikuje úspěšnost či neúspěch léčení? Jak souvisí úspěšnost terapie s délkou jejího trvání?

A co se skutečně děje mezi lékařem a pacientem? To byly otázky, které se ojevovaly v tématech

“Kdy(ž) se psychosomatická terapie nedaří” a “Jak se ‘zbavit’ pacienta”.

Co je to zlo, co je dobro? Kde jsou hranice zla a zlého? Je možné zachovat vždy neutralitu? Nenesou samotné emoce hodnotící význam? Můžeme si myslet, že pacient nebude přejímat něco z našich hodnotových postojů? Ukázalo

se, jak je téma “Dobro a zlo v terapii” obsáhlé a vlastně i obtížné.

Čejeni věří v posvátnou tvořivou sílu,



kteřou nazývají maheo. Jestli opravdu existuje, proudila v každém okamžiku všemi prostory, kde čejenské diskuze



probíhaly, protože ty byly plné energie, nadšení a nových nápadů.

Dokonce z konference vplynuly i náměty pro další “čejenské” semináře které budou pokračovat v průběhu roku a budou se zabývat například otázkami spirituality v psychoterapii.



AKCE, NABÍDKY

Aktuální akce z oblasti psychosomatiky najdete na stránkách společnosti
www.psychosomatika-cls.cz

16. KONFERENCE PSYCHOSOMATIKY V LIBERCI UŽ 9. -11. 6. 2016!

Nepřehlédněte! Termín si zanepte do svých diářů! Sledujte další informace!

Hlavní téma 16. konference:

PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH

Společnost pro psychosomatickou medicínu (SPM ČLS JEP) ve spolupráci s Technickou univerzitou v Liberci (TUL) a s Institutem rodinné terapie a psychosomatiky v Liberci (LIRTAPS) připravují konferenci pro co nejširší odbornou veřejnost. Chceme pozvat zájemce o psychosomatickou problematiku ze všech klinických oborů. Zveme nejen odborníky na psychosomatiku, lékaře, psychology a fyzioterapeuty, ale i další pomáhající profese, bez nich nemůžeme dosáhnout plně bio-psycho-sociálně orientované péče. Předpokládáme zájem ze strany všeobecných praktických lékařů, se kterými jsme spolupracovali na vytvoření doporučeného postupu pro pacienty s MUS (medicínsky nevysvětlitelnými symptomy). Praktičtí lékaři představují potenciál pro základní psychosomatickou péči, na kterou by měla navazovat síť psychosomatických pracovišť tak, jak jsme ji začali postupně budovat. Zveme také odborníky všech dalších odborností, psychiatri, neurology, internisty, kardiology, gastroenterology, rehabilitační lékaře, dermatology, revmatology, urology, alergology, pediatri a pedopsychiatri, plicní lékaře, oční lékaře, otorinolaryngology, gynekology, porodníky, zveme i onkology, algesiology a gerontology, klinické psychology, psychoterapeuty ve zdravotnictví. Ti všichni a mnozí další se setkávají ve svých ordinacích s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy a s chronickými průběhy nemocí, na které neplatí běžné léčebné postupy, a kterých v naší populaci stále přibývá. Psychosomatická medicína poskytuje těmto nemocným a jejich lékařům prostor, ve kterém je možné porozumět složitému bio-psycho-sociálnímu stonání. Prostor, ve kterém se mohou setkávat nejen pacienti s lékaři, ale i s psychology, psychoterapeuty, rodinnými terapeuty a dalšími odborníky. Je to prostor týmové spolupráce. Přijďte se na něm podílet. Podělte se o své zkušenosti s ostatními.

Za přípravný výbor 16. konference MUDr. Vladislav Chvála

JEP. SOUČÁSTÍ KONFERENCE BUDE VALNÁ HROMADA SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP.

Sledujte na www.psychosomatika-cls.cz





Komplexní pětiletý

VÝCVIK INTEGRACE V PSYCHOTERAPII

V našem výcviku podporujeme studenty, aby si postupně vytvářeli **vlastní terapeutický přístup**. Učíme, jak **mnohost** psychoterapeutických **perspektiv** využívat v praxi.

S našimi studenty systematicky nacvičujeme základní **praktické dovednosti** psychoterapeuta.

Plánovaný začátek 3. běhu výcviku: **podzim 2016**

Tým lektorů: PhDr. Stanislava Dudová, Mgr. Radim Karpíšek, Mgr. Petr Odstrčil, PhDr. Markéta Rokytová, MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí výcviku), MUDr. Markéta Skálová, Mgr. Milan Stiburek

Výcvik je plným členem European Association for Integrative Psychotherapy, umožňuje získat certifikát European Association for Psychotherapy a jeho program je ČPS ČLS JEP schválen pro zdravotnictví.

Výcvik spolupracuje s Centrem pro výzkum psychoterapie při katedře psychologie FSS Masarykovy univerzity v Brně a udržuje kontakt s mezinárodním integrativním trendem v psychoterapii.

Komplexní pětiletý výcvik se skládá z 350 hodin sebezkušenosti, 500 hodin teorie a nácviku dovedností a 150 hodin supervize. Pět setkání ročně probíhá v malebném prostředí Vysočiny. Místo výcviku je dobře dostupné z Čech, Moravy i Slovenska.

Termín **přihlášení**: nejpozději **do 29. února 2016**

Přihlášky zasílejte na adresu: info@psychoterapie-integrace.cz

Další informace: www.psychoterapie-integrace.cz



ČSAP - ČESKÁ SPOLEČNOST PRO ANALYTICKOU PSYCHOLOGII

bude opět otevírat novým zájemcům

VÝCVIK V JUNGOVSKÉ PSYCHOTERAPII

ZAČÍNÁJÍCÍ V ZÁŘÍ 2016

ROZDĚLENÝ NA 8 SEMESTRŮ

AKREDITOVANÝ PRO PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ

SEMINÁŘE PROBÍHAJÍ PARALELNĚ V BRNĚ A PRAZE

PODMÍNKAMI PRO PŘIJETÍ DO VÝCVIKU JE MJ. UKONČENÉ VYSOKOŠKOLSKÉ VZDĚLÁNÍ HUMANITNÍHO SMĚRU, zájem o jungovskou psychologii, základní orientace v oblasti psychoterapie

PŘIJÍMACÍ POHOVORY PROBĚHNOU NA JAŘE 2016

Svůj zájem můžete oznámit na sekretarka.csap@seznam.cz, budete informováni o všech náležitost potřebných pro přijímací řízení.

PŘEDPOKLÁDANÁ UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK JE 28. 2. 2016,

příp. prodloužení bude uvedeno na webu ČSAP

DALŠÍ INFORMACE O VÝCVIKU NAJDETE

NA STRÁNKÁCH CSAP-CZ.EU NA ZÁLOŽCE „VÝCVIK“

PROSTORY K PRONÁJMU PRAHA 6

Od září – října 2015 pronajmeme 2 samostatné prostory pod uzamčením, 1. p. (80 m², 3 místnosti s předsíní, příslušenstvím + balkonem) a 2. p. (60 m², 3 místnosti, včetně prostoru ateliérového typu, s předsíní a příslušenstvím) u konečné tramvaji Divoká Šárka, pro činnost psychologů, apod. Možno i jednotlivě, nebo v kombinaci s bydlením. V případě zájmu kontaktujte majitele domu, tel. +420 602 373 998.



Cítíte se

zatížení obrovskou zodpovědností?

občas bezradní nad etickými dilematy?

ohrožení možností postihů stran vedení a žalob stran pacientů a jejich příbuzných?

Věříte přesto, že

pacienti by si zasloužili, aby s nimi lékaři víc mluvili,

aby respektovali jejich názor a brali ohled na jejich individuální potřeby?

umění komunikovat s pacientem a jeho příbuznými by mohlo ledacos vyřešit?

Chcete se naučit

sdělovat vážné diagnózy a špatné zprávy pacientům a jejich rodinným příslušníkům?

zvládnout agresivního, dementního, zvědavého či jinak obtížného pacienta?

využívat aktivity pacientů a jejich příbuzných ve prospěch vzájemné spolupráce?

Vytvořili jsme pro vás unikátní vzdělávací program pro lékaře a zdravotní sestry

„KOMUNIKACE S PACIENTEM JAKO SOUČÁST PROFESNÍ ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA“

v rozsahu 10 osmihodinových seminářů s e-learningovou podporou + 6 dvouhodinových webinářů.

Náplň kurzu jsou tato témata:

- účel komunikace – konstruktivistický model komunikace, správná a chybná interpretace, kontext profesionálního rozhovoru a jeho možnosti, chyby a rizika neprofesionálně vedené komunikace
- praktické zaměření – vedení rozhovoru v různě komplikovaných situacích, s psychicky nemocnými, neslyšícími nebo nemluvicími pacienty, zvládnání agresivních projevů pacientů a příbuzných apod.
- specifické dovednosti – typy otázek, aktivní naslouchání a další praktické nástroje a postupy vedení rozhovoru, struktura rozhovoru, rozdělení rozhovoru podle účelu, praktický nácvik vedení rozhovoru

Součástí kurzu jsou rovněž **individuální supervize** pro každého účastníka v rozsahu 2 dvouhodinových sezení. Slouží k tomu, aby měl každý účastník prostor k individuálnímu zpracování témat, která se vyskytnou při zavádění naučeného do praxe.

Dozvíte se:

Jak pomoci pacientovi rozhovorem k úlevě

Jak řešit konfliktní situace

jak na informovaný souhlas

Naučíte se:

Zacházet se svými emocemi



Naslouchat pacientům
Vymezovat se vůči nepřijatelným žádostem
a další užitečné dovednosti.

Navíc získáte kredity do celoživotního vzdělávání.

Cena za účastníka: 20 200 Kč

Cena pro organizaci: 152 000 Kč

Ceny jsou předběžné, v případě, že získáme na program dotace, budou podstatně menší, je možné, že nabídneme program i zcela zdarma.

Více informací na: kunertova@gaudiaprotirakovine.cz

Hlaste se na info@gaudiaprotirakovine.cz



VYCHÁZÍ

PSYCHOLOGICKÉ ZÁKLADY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

autor: Janoušek Jaromír
 ediční řada: Psyché
 formát: B5
 vazba: V2
 rozsah: 384 stran
 prodejní cena včetně DPH: 499 Kč
 ISBN: 978-80-247-4295-3

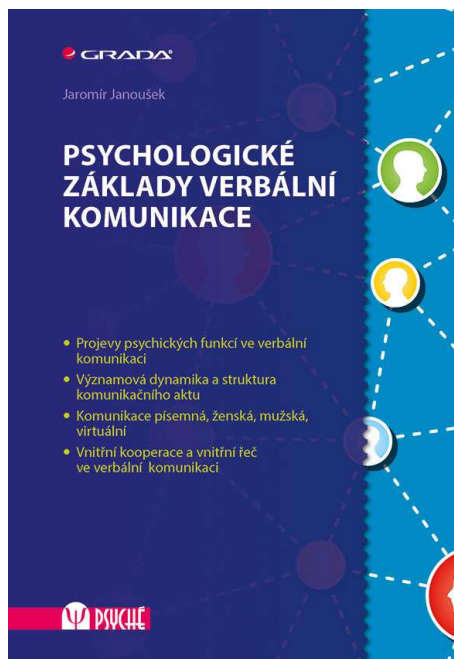
anotace:

Publikace se zabývá vnitřními souvislostmi mezi jazykem a lidskou psychikou. Zvláštní pozornost je věnována její poznávací funkci, zejména myšlení. Více či méně obsáhle jsou charakterizovány všechny druhy komunikace. Hlavním tématem je neobyčejně složitý vztah vnitřní řeči a interpersonální komunikace.

Knihla věnuje pozornost rovněž psané řeči a písemné komunikaci, vlivu individuality či meziosobních vztahů. I laické čtenáře zaujme kapitola o specifčnosti ženské a mužské komunikace či o komunikaci ve virtuální realitě. Autor se zamýšlí mimo jiné i nad udržitelností verbální komunikace jako prostředku dorozumění a porozumění mezi lidmi.

Tematicky a způsobem zpracování je práce určena především odborníkům věnujícím se této problematice, ale podnětná je i pro širší odbornou veřejnost včetně studentů psychologie a dalších společenských věd (filozofie, lingvistiky, sociologie a dalších).

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



DIAGNOSTIKA A TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH

2., přepracované vydání

autoři: Dušek Karel, Večeřová-Procházková Alena
ediční řada: Psyché

formát: B5
vazba: V4
rozsah: 648 stran
prodejní cena včetně DPH: 699 Kč
ISBN: 978-80-247-4826-9

anotace:

Nejnovější odborná publikace týkající se diagnostiky a terapie duševních poruch předkládá lékařům, klinickým psychologům a všem pracovníkům zabývajícím se problematikou duševních poruch dokonalý přehled o diagnostickém procesu, symptomatice, syndromologii a nozologii duševních poruch.



Když přijde pacient do psychiatrické ordinace, je snahou psychiatra rozpoznat, zda a jakou psychickou poruchou trpí. Hledání a rozpoznání dávno nebo nedávno objevených, zjištěných a pojmenovaných psychických poruch je vrcholem jeho činnosti. Prokazuje tím jak své odborné znalosti, tak i osobní inteligenci. V každém medicínském oboru v současné době existuje řada knih a příruček, které napomáhají nejen ke správné diagnostice, ale i k co nejvhodnějšímu způsobu léčby. V psychiatrii tomu není jinak. V současnosti je vývoj ve všech medicínských oborech, a tudíž i v psychiatrii, velmi rychlý. Autoři této publikace se proto snaží zachytit nejnovější trendy a výzkumy tohoto oboru. Nabízejí mimo jiné seznámení se správným psychologickým přístupem k pacientovi, informují o psychofarmakoterapii, šokové terapii, rehabilitaci a mnohém dalším, aby čtenář získal komplexní pohled na aktuální proudy v oblasti duševních poruch.

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



KLINICKÁ ADIKTOLOGIE

Kalina Kamil a kolektiv

ediční řada: Psyché

formát: B5

vazba: V2

rozsah: 696 stran

prodejní cena včetně DPH: 999 Kč

ISBN: 978-80-247-4331-8

anotace:

Adiktologie je multidisciplinární vědní obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem závislostního chování. Téma se neomezuje jen na tradiční oblasti zneužívání alkoholu a nezákonných drog, ale nutně zahrnuje i tabák a nelátkové závislosti, například gambling nebo internetové závislostní poruchy.

Klinická adiktologie se soustředí především na témata, která jsou klíčová pro přímou práci s pacientem či klientem. Jde o „léčbu“ v širším slova smyslu, zaměřenou i na řešení dopadů závislosti na jedince a na společnost a také na sociální reintegraci osob, jež v důsledku takových forem chování strádají. „Závislost je problém s mnoha facetami,“ říká profesor Wolfgang Götz, ředitel EMCDDA. Ukazuje se, že tento problém není možné uchopit z jediného hlediska, jednotným výkladovým modelem, ale vyžaduje více perspektiv, které spolu vzájemně soutěží, doplňují se a sdílejí společné prvky. V tomto smyslu publikace usiluje o rozšíření a prohloubení všech rozměrů integrovaného bio-psycho-sociálního modelu závislosti a léčby, v jehož ohnisku věda i praxe vždy vidí konkrétního člověka, pacienta či klienta, s jeho jedinečným příběhem.

Kniha je jedinou publikací svého druhu na trhu. Je určena studentům i odborníkům, a to jak těm, kdo v oboru teprve začínají, tak těm pokročilým.

„Široký a komplexní záběr knihy mě ohromil, taková publikace zde zcela jistě roky (spíše desetiletí) chyběla.“

z recenze prim. MUDr. Jany Bartesové

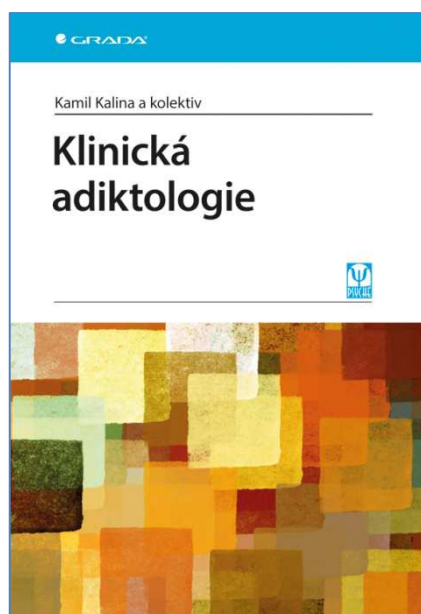
Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: 234 264 401-2

fax: 234 264 400

www.grada.cz



PSYCHOANALYTICKÉ KOUČOVÁNÍ

Vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného

autor: Cipro Martin
 ISBN: 978-80-247-5350-8
 formát: B5
 vazba: V2
 počet stran: 264
 prodejní cena: 349 Kč
 vydala: Grada Publishing, a.s.

Anotace:

Psychoanalytické koučování se zaměřuje na hlubší poznání osobnosti manažera (koučovaného), vliv nevědomé motivace na práci, pracovní i mimopracovní vztahy a celkovou životní spokojenost. Tento přístup hledá příčiny současného stavu také v minulosti a propojuje nevědomé jednání s budoucími plány a vizemi.

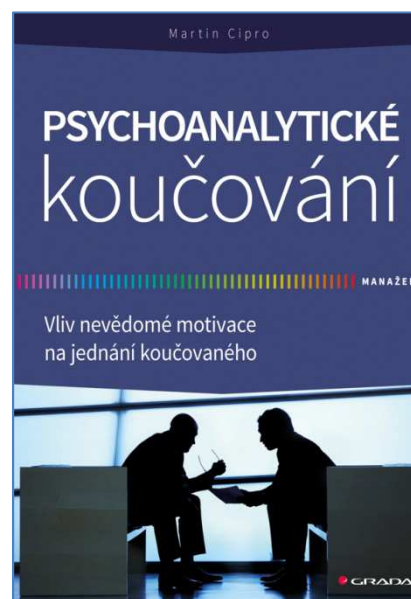
Anotace:

Psychoanalytické koučování se zaměřuje na hlubší sebepoznání osobnosti manažera, vliv nevědomé motivace na práci, pracovní i mimopracovní vztahy a celkovou životní spokojenost. Tento přístup hledá příčiny současného stavu i v minulosti a propojuje nevědomé jednání s budoucími plány a vizemi. Čtenář se seznámí s psychoanalytickým pojetím koučování, jeho čtyřmi základními pilíři a s aplikačními metodami odvozenými z psychoanalýzy. Poznává směry moderní psychoanalýzy, které jsou základní doktrínou pro psychoanalytické koučování.

V praktické části knihy autor uvádí konkrétní případové studie, které mohou sloužit jako určitý návod či model rozhovorů. Manažerům nabízí pomoc s nastavením přístupu ke kolegům a pochopením jejich chování, které je často motivováno nevědomě. Na příkladech z praxe je ukázáno, jak řešit konkrétní situace tak, aby jim aktéři opravdu porozuměli (konflikty, vztahy, agrese, psychopatologie na pracovišti apod.). Dále je na konkrétních ukázkách zachyceno, jak může kouč či manažer využívat techniky psychoanalýzy (např. analýza obranných mechanismů, interpretace, volné asociace, přenos a protipřenos, protiotázky, zrcadlení, rekonstrukce, konfrontace či dokonce analýza snů).

Smyslem této ojedinělé publikace je propojit dva stěžejní přístupy ke klientům, které se zatím v praxi příliš nepotkaly – psychoanalýzu a management. Kniha není určena jen profesionálním koučům a výkonným manažerům, kteří koučování používají jako styl vedení lidí, ale také širší veřejnosti, která se zajímá o porozumění člověku v jeho nevědomém hlubinném rozměru.

„Kdo nepozná a nepochopí chyby ve své osobní historii, je odsouzen k jejich opakování i v budoucnosti.“



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

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

Nezbytné položky:

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

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový



odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit 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.

