

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu
**S PŘÍLOHOU K 16. KONFERENCI PSYCHOSOMATICKÉ
 MEDICÍNY V LIBERCI**

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 1 a 2/2016 dne 1. 5. 2016, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 4. 2016. Toto číslo obsahuje přílohu k 16. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci. 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.
 ISSN 2336-7741 (Print)
 ISSN 1214-6102 (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>
 Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 zařadila Psychosom do [Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)



Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů.

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, Katedra psychiatrie IPVZ

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM

MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec

MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland

MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha

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

PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha

MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha

Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika

Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha

Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav 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, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno

Prof. PhDr. Michal Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze

Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno

MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň

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	5
Chvála V.: Mezi Skyllou a Charybdou.....	5
Pro praxi.....	7
Neradilek F.: Emoce v algeziologické praxi	7
Pulkrábková A.: Neuromodulace jako metoda ovlivnění chronické bolesti z pohledu psychologa.....	17
Výzkum	21
Holubová M.: Posttraumatický stres a posttraumatický růst u profesionálních hasičů	21
Teorie.....	31
Honzák R.: Postinfekční versus non-postinfekční dráždivý tračník.....	31
Téma: ZMĚNA	43
Poněšický J.: Ovlivňování a proces změny v psychoanalytické a Psychodynamické psychoterapii	43
Honzák R.: Je změna možná? Terapeutická smlouva a některé prvky edukace	47
Recenze.....	55
Honzák R.: Knihy, které můžete doporučit svým pacientům	55
Honzák R.: Střevní mikrobiom aneb Staří přátelé.....	56
Z konferencí	58
Kryl M.: III. ročník psychosomatické konference ve Šternberku.....	58
Politika, koncepce	60
SCHŮZE SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU, Z. S	60
Pracovní skupina pro výzkum v psychosomatice.....	61
Petice na obranu nástavbového oboru psychosomatická medicína	62
První atestace z psychosomatiky, nástavbového obory proběhly!.....	64
Materiály k valné hromadě SPM ČLS JEP 10.6.2016	65
Stanovy Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, z. s.	68
Kandidáti do EK SPM (volby 2016).....	72
PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH.....	77
16. konference psychosomatické medicíny v Liberci.....	78
Abstrakta	83- 115
Nabídky.....	115
Výcvik katatymně imaginativní psychoterapie	115
Vedení rozhovoru s psychosomatickým pacientem	116

Workshop: Taneční pohybové terapie a poruchy příjmu potravy	117
VYCHÁZÍ	119
Zuzana Vlčinská: Písně na cesty krajinami duše.....	119
Čeněk Jiří, Smolík Josef, Vykoukalová Zdeňka: Interkulturní psychologie	120
Literární koutek.....	121
Hurník Ilja: Medicína kontra umění	121



EDITORIAL

CHVÁLA V.: MEZI SKYLLOU A CHARYBDOU

Vydání prvního čísla v tomto roce se nedařilo. Stáli jsme před otázkou, zda vydávat časopis za každou cenu, nebo počkat, až bude dostatek textů. Jinak řečeno, zda postupovat podle času *chronos*, nebo času *kairos*. A protože v psychosomatice dáváme pokud možno přednost tomu druhému, počkali jsme, až číslo dozraje. Tak vzniklo dvojčíslo, které držíte v ruce (či ho čtete na webových stránkách). Zda takový postup prospěl našemu médiu, to nechávám na vás, vážení čtenáři. Jistě existuje riziko, že pokud budeme pokaždé čekat, až číslo čtvrtletníku dozraje, mohou se intervaly prodlužovat a prodlužovat, až jednou časopis neuzraje vůbec. Možná by to bylo správné, ať vychází jen to, co čtenáři čtou a kam autoři píší. Třeba by to tu hustou mediální síť přeci jen trochu pročistilo.

Součástí tohoto dvojčísla Psychosomu jsou materiály 16. konference psychosomatické medicíny v Liberci. Sejit se jednou za dva roky v Liberci se stalo pro bio-psycho-sociálně orientované psychosomatiky tradicí. Poprvé letos opouštíme prostory vědecké knihovny a s ohledem na zvýšený zájem přesouváme místo setkání do nového pavilonu G na místní Technické univerzitě. Kapacita knihovny nám přestávala stačit už v minulých letech, tentokrát jsme pozvali kolegy z dalších klinických oborů, takže uvidíme, zda se všichni záměrci vejdou.

Málokdy se nám podaří získat přednášející k tomu, aby svou přednášku převedli do písemné formy, abychom mohli účastníkům a čtenářům předložit jejich texty na stránkách Psychosomu. Máme však ve zvyku uveřejňovat plné znění

přednášek, které zazněly v hlavním sále, na webu konference i s prezentacemi pro ty, kdo se nemohli setkání osobně zúčastnit. Když už nemohou zažít to hlavní, tedy setkání s ostatními, atmosféru konference a diskuse, aby alespoň takto byli v kontaktu s děním v psychosomatice.

A že toho dění není málo! Nechci zde opakovat to, co zazní ve zprávě výboru SPM ČLS na valné hromadě, která proběhne v rámci konference. Tu si ostatně může čtenář nalistovat v tomto čísle. Chci se podělit o intenzivní pocit, že psychosomatika u nás se pohybuje po riskantní vývojové trajektorii mezi Skyllou a Charybdou (mapa přiložena). Hrozí na jedné straně stržení do bludiště úzkých chodeb mezi zdmi vyhlášek, předpisů a doporučených postupů, na druhé straně rozplynutí v chaosu alternativních a komplementárních diagnosticko-terapeutických systémů. Skeptičtí kolegové před institucionalizací psychosomatiky varovali ještě dříve, než vznikla Společnost psychosomatické medicíny ČLS. Dva roky práce výboru, boje s větrnými mlýny komisí, prezidií, komor, grémií a úředníků, ale hlavně s nevědomostí, byly vysilující. A ještě není všemu konec. Sotva se podaří někde věci posunout, vynoří se jiná skupina, která se rozhodne, že psychosomatika je blbost, a všechno dosud vytvořené shodí se stolu. Systém je příliš složitý, než aby byl říditelný. Je to živé. S živlem lze zacházet způsobem wu-wej. Nerad sem tento taoistický pojem tahám v době, kdy se k nám valí z východu čínština i s čínskou medicínou (a bez pochopení k psychosomatice naši situaci spíš komplikuje, než usnadňuje), ale lepší název pro to neznám.

Wu-wej znamená přidat se k živlu, stát se jeho součástí, a pak nějakým malým, nepatrným pohybem jeho živelné proudění změnit. Není v tom velká naděje, ale je přeci jen větší, než kdybychom se živlu postavili do cesty například prohlášením, že medicína se musí nejprve zhroutit a že lidé udělají nejlépe, když k lékařům raději vůbec nebudou chodit. Ale v našem případě je to wu-wej cesta mezi Skyllou a Charybdou. Ať už to dopadne jakkoli, psychosomatický přístup je především setkání s pacientem. Dialog. Pokud se nám – ať už v přemíře příkazů a předpisů, nebo

na druhé straně v libovůli komerčních, expertně se chovajících alternativních postupů – ztratí možnost či schopnost dialogu, skončíme tam, kde jsou lékaři pracující v režimu biomedicíny, prodejci doporučených postupů, agenti firem podnikajících ve zdravotnictví. Dialog je to, oč musíme pečovat, chceme-li zachovat jádro dobré psychosomatické praxe. Tento časopis chce dialog mezi lékaři a pacienty, mezi obory, mezi kolegy, mezi praktiky a teoretiky, podporovat. Podílejte se na něm.

V Liberci 12. 5. 2016



PRO PRAXI

NERADILEK F.: EMOCE V ALGEZIOLOGICKÉ PRAXI

SOUHRN: NERADILEK F.: EMOCE V ALGEZIOLOGICKÉ PRAXI. PSYCHOSOM 2016; 14(1-2), S. 7-17

Algesiologie je teorie a praxe multidisciplinární léčby bolesti. Účinná pomoc člověku s neztišitelnou bolestí je úkolem přesahujícím zpravidla síly lékaře, který disponuje znalostmi a dovednostmi pouze jedné odbornosti. Proto v druhé polovině minulého století začala ve vyspělých západních zemích vznikat pracoviště s kmenovými týmy odborníků různých lékařských i nelékařských profesí, která jsou schopna řešit souvislosti mnohorozměrného fenoménu bolesti komplexně. Podnět k takovému spojování sil dal nedlouho po skončení 2. světové války John J. Bonica (1917–1994), anesteziolog italského původu v severoamerickém Seattlu. Svými pracemi upozorňoval lékařskou i laickou veřejnost na zarmocující skutečnost, že v době velkého rozvoje vědy a techniky trpí mnoho lidí bolestí, od níž se jim nedostává očekávané pomoci. Jeho iniciativa našla odezvu zejména v souvislosti s tím, jak se probouzel zájem o výzkum mechanismů bolesti. Pohled na bolest zásadně změnily nové poznatky věd o chování, ale především vrátková teorie bolesti kanadského psychologa Ronalda Melzacka a britského neurofyziologa Patricka D. Walla (1925–2001), publikovaná v roce 1963. Z bolesti, chápané dříve jen jako biomedicínský symptom, se postupně stával multidimenzionální fenomén, zahrnující biologické, psychologické, sociální a spirituální souvislosti. V tomto článku se věnujeme významu emocí.

KLÍČOVÁ SLOVA: bolest, emoce, algesiologie, multidisciplinární tým, vztah lékař-pacient

NERADILEK F.: EMOTIONS AND ALGESIOLOGICAL PRACTICE. PSYCHOSOM 2016; 14(1-2), PP. 7-17

Algesiology is the theory and practice of multidisciplinary pain treatment effective assistance to people with intractable pain is a task usually going beyond the power of a doctor having knowledge and skills of one speciality only. Therefore in the second half of the last century workplaces with basic teams of experts of more medical and non-medical professions which are able to deal comprehensively with links of multidimensional phenomenon of pain began to emerge in developed Western countries. Shortly after the Second World War John J. Bonica (1917-1994), the anaesthesiologist of Italian origin, gave the impulse to such joining of potentials in Seattle, the USA. His works drew attention of medical and general public to the distressing fact that in times of great science and technology development, lots of people suffer from pain, from which they do not receive the expected support. His initiative has found a global response, in particular in connection with the awakening of interest in research on pain mechanisms. The new knowledge of behavioural sciences, but also the pain gate theory of Canadian psychologist, Ronald Melzack, and British neurophysiologist, Patrick D. Wall (1925-2001), published in 1963, fundamentally changed the view of pain. Gradually it ceased to be viewed merely as a biomedical symptom, but as a multidimensional phenomenon involving biological, psychological, social and spiritual context. In this article we review the research of emotions.

KEY WORDS: pain, emotion, Pain Management, multidisciplinary team, doctor-patient relationship

DEFINICE BOLESTI

Johnem J. Bonicou a dalšími založená Mezinárodní společnost pro studium bolesti (International Association for The Study of Pain – IASP) ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací dospěly posléze k definici bolesti, která umožnila klinicky akceptovat i stížnost na bolest bez dostatečného objektivního podkladu: „Bolest je nepříjemný tělesný a emoční zážitek, který je spojen se skutečným či hrozícím poškozením tkání, nebo který je

termíny takového poškození popisován; je výsledkem faktorů tělesných, psychických a sociálních. Bolest je vždy subjektivní.“

Hlavním přínosem z klinického hlediska bylo odlišení bolesti akutní od bolesti chronické. Akutní bolest charakterizují jednoduché vegetativní reakce, chronická bolest se vyznačuje habituací vegetativních změn, kterým dominuje změna chování (tab. 1).

Tab. 1 – Vzorce akutní a chronické bolesti

AKUTNÍ	CHRONICKÁ
< 3 měsíce	> 3 měsíce
TF	nespavost
TO	nechutenství
TK	intolerance bolesti
DF	obstipace
šířka zornic	podrážděnost
potivost dlaní	bolestivé chování
neklid	sociální izolace
ANXIOZITA	DEPRESE

Akutní bolest je časově omezeným klinickým symptomem, jehož eliminace závisí na správné diagnóze a úspěšné terapii základního onemocnění, které provází. Po určité době trvání se může

proměnit v příznakový soubor sui generis, resp. onemocnění ve vlastním smyslu slova – syndrom chronické nepotlačitelné bolesti. Arbitrárně bylo stanoveno období 3 až 6 měsíců.

Z HISTORIE LÉČBY BOLESTI U NÁS

Prostor pro integraci léčby bolesti do systému naší zdravotní péče se otevřel teprve po listopadu 1989. Jejím zakladatelem se stal rovněž anesteziolog, primář pražské nemocnice Na Bulovce Dimitrij Miloschewsky, který o moderně pojatou léčbu bolesti v kontextu světového

vývoje usiloval již od počátku sedmdesátých let minulého století. Jeho snaha o samostatný obor, odbornou společnost i síť specializovaných pracovišť však narážela na neochotu tehdejších představitelů české medicíny, neboť psychosociální a spirituální souvislosti



bolesti představovaly ideologické nebezpečí. Na rozdíl od zahraničních zvyklostí, kde se pro speciální obor léčby bolesti používá označení pain management, multidisciplinary pain treatment, Schmerztherapie apod., jsme se

u nás rozhodli pro termín algeziologie, který implikuje samostatnou, resp. speciální lékařskou disciplínu; léčba bolesti naproti tomu vyjadřuje všeobecně závazný medicínský princip.

EMOCE V ALGEZIOLOGICKÉ PRAXI – ETICKÉ ASPEKTY

Podle výše uvedené definice je bolest nepříjemným tělesným a emočním zážitkem. Surčitou licenci lze tedy konstatovat, že v algeziologii vystupuje negativní emoce v titulní roli. Objektem její odborné péče je člověk stížený chronickou neztížitelnou bolestí. Na rozdíl od bolesti akutní přestává plnit funkci biologicky užitečného varovného signálu, a jak již bylo uvedeno, mění se ze symptomu základního onemocnění v obtížně zvladatelný klinický syndrom. Ve vzorcích obou forem bolesti se významně uplatňuje negativní emoční rámec – anxiozita u akutní bolesti, deprese u bolesti chronické.

Trvající bolest je zdrojem negativních emocí na obou stranách. O pacientovi s chronickou nepotlačitelnou bolestí bez velké nadsázky platí, že je „samý nářek a žádné zlepšení“. To klade značné nároky na psychiku lékaře, na úroveň jeho frustrační tolerance a schopnost ovládat emoce, lépe řečeno nepodléhat emocím komplementárním. Je třeba neztrácet ze zřetele, že na rozmrzelost i další projevy nelibosti má trpící pacient právo, jsou součástí klinického obrazu. Naše negativní komplementární emoce může být za takových okolností sice pochopitelná, avšak její odezva v chování k nemocnému je z hlediska profesionální etiky zcela nepřijatelná.



Udržet si empatický postoj vyžaduje mnohdy značné úsilí, kterému je bez vnitřně závazného etického imperativu nelehké dostat. Hodnota takového imperativu se jeví značně problematickou, pokud by měl vycházet jen z utilitární etiky



postmoderní konzumní společnosti. Je třeba jej hledat v deontologických (z ř. *deon* – potřebná věc, *logos* – nauka) kodexech etiky normativní. Měl by být akceptován ve smyslu Kantova kategorického imperativu jako norma autonomní, kterou plníme z vlastní vůle a přesvědčení, nikoliv jako norma heteronomní, vynucená zákonnými sankcemi.

Rád bych v této souvislosti připomněl, že etika euro-americké civilizace vyrostla z židovských a křesťanských kulturních i duchovních kořenů – starozákonního Dekalogu a novozákonního přikázání lásky k bližnímu, a že by se povědomí o tom nemělo vytratit z morálního obzoru nejen pomáhajících profesí, ale současného člověka vůbec. Ježíšovo podobenství

v Lukášově evangeliu o milosrdném Samaritánovi, který pohnut soucitěm ošetřil svého nepřítele, se stalo trvalou etickou maximou prokazování milosrdenství a pomoci druhým. O kulturních a duchovních kořenech naší civilizace symbolicky vypovídá i kruh dvanácti hvězd na vlajce Evropské unie (obr. 1), jehož podobnost s dvanácti hvězdami okolo hlavy na obrazech a sochách matky Ježíše Krista Panny Marie (obr. 2) není jen náhodná, jak ostatně dosvědčuje její autor Arsene Heitz, který se při jejím návrhu inspiroval textem 12. kapitoly Knihy zjevení. Výsledky rezignace na hodnoty, které vyznávali zakladatelé Evropské unie, jež však v zápalu politické korektnosti a multikulturalismu jejich následovníci opustili, jsou stále viditelnější.

NEZBYTNOST VZÁJEMNÉ DŮVĚRY LÉKAŘE A NEMOCNÉHO PŘI LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI

V chronické podobě se stává bolest svízelným klinickým problémem, protože se může jednat o bolest, která trvá i při lege artis léčeném základním onemocnění, bez projevů jeho progresu, či dokonce při nedostatečném, někdy i vůbec žádném přijatelném patomorfologickém korelátu. Je nasnadě, že popsaná situace vzbuzuje pochybnosti na obou stranách. Lékař pochybuje o věrohodnosti stesků nemocného, nemocný o jeho lékařském umění. Vzájemná nedůvěra znemožňuje otevřenou komunikaci a spěje dříve či později ke konfliktu, který většinou poškodí obě strany. Nemůže-li lékař zbavit nemocného bolesti, zbavuje se často nemocného, pro kterého tím mnohdy začíná strastiplná pouť po dalších ordinacích. Opakuje-li se konflikt i tam, může po čase nemocný rezignovat na oficiální medicínu a vyhledat pomoc

v paramedicínských kruzích. Zde se mu často dostane toho, co nenalezl u svého lékaře – přijetí bez jakýchkoliv pochybností. U mnoha psychosomaticky podmíněných stavů to samo o sobě dokáže přinést určitou úlevu, nemocný se tím rád pochlubí svému okolí a lékařova pověst dozná újmy.

Tou nejhorší újmou pro obě strany je však lékařské pochybení. Proto základním požadavkem u všech případů bolesti přetrvávající i v době přepokládaného efektu léčby je pomýšlet na možnou chybu v diagnostické rozvaze nebo v léčebném programu. Bez patřičné odborné připravenosti si tedy lze jen stěží představit léčbu bolesti na potřebné etické úrovni. Správná korelace stížnosti na bolest a objektivního nálezu bolestivých změn již při prvním kontaktu s nemocným,



který trpí chronickou bolestí, je hlavním předpokladem pro navázání vztahu vzájemné důvěry.

Z praktického hlediska je v algeziologické praxi prospěšné pátrat po tom, co mohlo být v minulosti u nemocného opomenuto, chybně hodnoceno nebo provedeno. Podle našich zkušeností je rovněž vhodné taktně

zjistit, co nemocný za předchozích návštěv u lékařů postrádal, a to se mu pokusit nabídnout. Nejde vždy jen o ovlivnění senzorycké komponenty bolesti, ale velmi často také o ovlivnění komponenty afektivní; je tedy třeba postřehnout rozsah psychické reakce na bolest a jí odpovídající míru utrpení v rámci konceptuálního modelu bolesti (o něm se zmíním později).

O PŘEDPOKLADECH DLOUHODOBÉ IDENTIFIKACE S VÝKONEM ALGEZIOLOGICKÉ PRAXE

Pro algeziologii jako funkční specializaci v postgraduální přípravě by se měl lékař rozhodovat (s přihlédnutím k tomu, co bylo uvedeno) až po důkladné úvaze, na určitém stupni medicínské a osobní zralosti. Je třeba počítat s tím, že musí:

- být připraven na dlouhodobý kontakt s náročným pacientem,
- přeskupit své priority, jinak by mohl po určité době čelit syndromu vyhoření,

chronickou bolest nelze eliminovat podobně jako bolest akutní, snížení její intenzity o 30 % je v mnoha případech maximem dosažitelného,

- být schopen trvalého profesionálně empatického přístupu,
- vypěstovat si potřebnou míru frustrační tolerance,
- naučit se ovládat vlastní emoce.

ZÁKLADNÍ PALETA EMOCÍ V ALGEZIOLOGICKÉ PRAXI

Pojem emoce vyjadřuje obecně „hnutí mysli“ – je odvozen od latinských jmen pro pohyb – *motio* a *motus*, resp. od slovesa *movere* – pohybovat se. Mezi emoce řadíme city, pocity, nálady, afekty, sociální a etické city, altruismus, svědomí a mnohé další.

Emoci lze podle Arnoldové definovat jako tendenci k akci na základě hodnocení potenciálního přínosu jakéhokoliv podnětu pro daného jedince. Emoce představují vývojově starší, rychlejší a účinnější senzitivní, prožitkový i exekutivní systém než kognitivní funkce, s nimiž však vytvářejí funkční jednotu.

Při pohledu na emoce v algeziologické praxi lze vycházet z palety šesti základních emocí, z nichž se podle Paula Ekmana,

profesora psychologie na univerzitě v San Francisku, skládá celé prožitkové spektrum:

- údiv (překvapení) – nejvýznamnější primární emoce
- radost
- hněv
- smutek
- strach
- odpor

V této souvislosti stojí za zmínku i zamyšlení výrok Klimenta Alexandrijského, teologa žijícího v letech 150–215, který cituje Josef Charvát (1897–1984) ve své obdivuhodné knížce *Člověk a jeho svět*, vydané Avicenem v roce 1974: „První stupeň k vyššímu poznání je údiv. Hledající necht' se neuklidní, dokud

nenajde. Našed, udiví se. Udiviv se, ujme se vlády. Ujav se vlády, uklidní se.“

Všem z uvedených emocí je algeziolog v praxi potenciálně vystaven, stejně tak ale i jeho pacienti. Z etického, ale především odborného hlediska je třeba vytvořit takové podmínky, aby všechny z těchto emocí mohli pacienti bez obav otevřeně projevit. Je třeba si učinit reálnou představu o tom, nakolik je jejich bolest, kterou někteří autoři zařazují mezi emoce, provázena dalšími negativními emocemi.

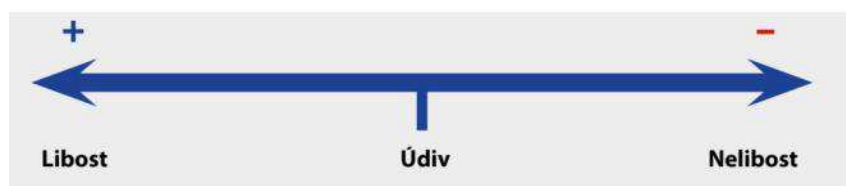
Před vlastními emocemi musíme být trvale ostražití. O nepřípustnosti otevřeného projevu jakékoliv negativní emoce jsem se již zmínil. Negativní emoční projev bych schvaloval nejvýše jako „režijně“ pojatou

výčitku nebo varování u nespolupracujícího pacienta. Pozor na emoce na posledních dvou místech – u lékaře předznamenávají syndrom vyhoření, u pacienta zase hrozící debakl léčebného vztahu. Je třeba mít se na pozoru i před nadměrnou pozitivní komplementární reakcí. Radost z úspěchu dosaženého určitým postupem u jednoho pacienta může vystřídat zklamání, očekáváme-li podobně úspěšný efekt u jiného, podobně postiženého, ba dokonce i u téhož nemocného při opakovaném a dříve úspěšném výkonu. Osobně se neztotožňuji s doporučenou emoční neutralitou, může být nemocným vnímána jako lhostejnost a být zábranou potřebného pozitivního emočního ovzduší.

ÚLOHA VZÁJEMNÉ DŮVĚRY A NADĚJE V ALGEZIOLOGICKÉ PRAXI

Zobecníme-li rozměr prožitkového spektra a znázorníme jej zjednodušeně úsečkou vymezenou kladným pólem libosti a záporným pólem nelibosti (obr. 3), můžeme údiv pokládat za výchozí bod „hnutí mysli“ směrem k jednomu či

druhému pólu. Není pochyb o tom, že předpokladem úspěšného výsledku našich snah o dosažení úlevy od bolesti je pohyb směrem ke kladnému pólu, což vyžaduje důvěru a naději od obou aktérů léčebného vztahu – lékaře i nemocného.



Obr. 3 – Schematické znázornění dynamiky emoce.

Ronald Melzack prohlásil svého času bolest za záhadu pro:

- nepoměr mezi objektivním nálezem a intenzitou bolesti,
- trvání bolesti při zvyklé léčbě,
- stížnost na bolest bez zjiřitelné příčiny.

U každého nového pacienta přicházejícího na algeziologické pracoviště můžeme

s jistotou předpokládat, že má za sebou více či méně strastiplnou cestu po zdravotnických zařízeních, kde se mu nedostalo očekávané pomoci. Nejčastěji proto, že kvůli některému z uvedených důvodů vycítil nedůvěru k svým steskům.

Pacientovu stížnost na bolest bychom měli akceptovat v plném rozsahu s patřičnou empatií – s neskrývaným porozuměním, založeným na vycvičené



schopnosti vcítit se do niterného stavu našich nemocných. V praxi to znamená vidět svět jejich očima a stát se chápajícím účastníkem jejich životních příběhů. Za chronickou nepotlačitelnou bolestí se velmi často skrývá nezáviděníhodný životní příběh. Také bychom se měli oprostit od morálních soudů a uvědomit si, že pacient naše porozumění vycítí – zračí se v naší tváři. Stejně tak opak. Mohou za to zrcadlové neurony – aktivují se i v případě, že jedinec sám žádnou akci nevykonává, ale zaujímá pozici pouhého pozorovatele.

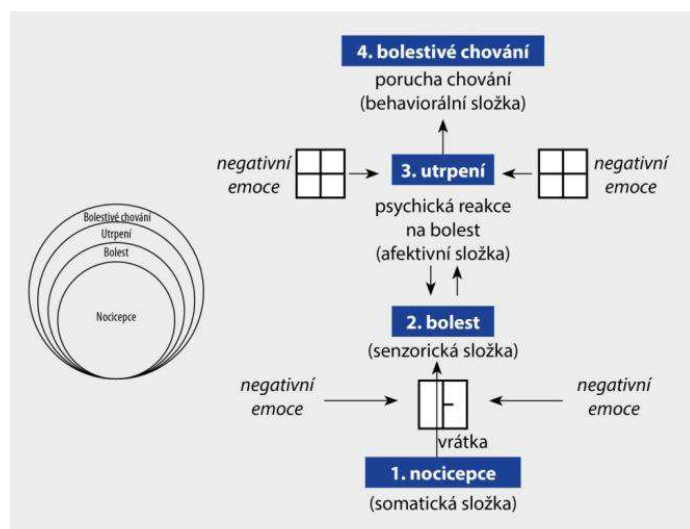
Empatickým postojem stimulujeme placebový mechanismus, nezbytný k dosažení optimálního léčebného efektu. Pojem je odvozen od latinského slovesa placere – líbit se, placebo je tvar v první osobě jednotného čísla budoucího času ve smyslu „očekávám zlepšení“, tedy zpodstatnělé sloveso. Pochází z bible – začíná jím 9. verš 116. Žalmu: „Placebo Domino in regione vivorum“, znějící v českém ekumenickém překladu „Před Hospodinem smím dále chodit v zemi živých“. Mniši jej recitovali nebo prozpěvovali u smrtelného lože svých druhů, z nichž mnozí pak na věčnost neodešli. Ukázalo se, že placebový efekt spojený s očekáváním nemocného je

závislý i na míře podobného očekávání poskytovatelů péče, proto je třeba věřit si a očekávat úspěch (dále viz kapitola 2 Placebo a bolest).

V této souvislosti je třeba se zmínit o iatropiacebogenezi. Označuje placebový efekt, vyvolaný vědomě lékařem v kontaktu s nemocným. Spočívá v jeho vztahu k nemocnému, k použitému léčebnému postupu i k očekávaným výsledkům. Existují důkazy, že nikoliv odborná kompetence, ale především lékařův zájem o pacienta, projevená empatie a sympatie jsou jejími hlavními faktory.

Samotná empatie by k optimálnímu placebovému efektu nestačila, stejně tak jako placebový efekt samotný by nestačil k dosažení maximální úlevy od bolesti. Je třeba se pokusit o vyvolání zmíněné emoce údivu a pacienta překvapit něčím, čeho se mu na dosud navštívených pracovištích v očekávané míře nedostalo.

Tím nejvýznamnějším překvapením je bezesporu dosažení úlevy od bolesti. Předpokladem je správné zhodnocení pacientovy bolesti podle Loeserova konceptuálního modelu (obr. 4), který integruje 4 základní komponenty bolestivého vjemu.



Obr. 4 – Loeserův konceptuální model bolesti.

Původní „cibulový“ graf jsme modifikovali do dynamičtější grafické podoby kaskády; nocicepce se nemusí nutně proměnit v senzoričtější zážitek bolesti – při dostatečné endogenní analgetické kapacitě se Melzackova a Wallova vrátka pro bolest neotevřou. Všechno může změnit parametrický vstup negativní emoce, která vrátka pro bolest dokáže otevřít. Psychickou reakcí na bolest je utrpení. Je třeba mít na paměti, že utrpení z bolesti může akcentovat senzoričtější bolest. Kromě toho může bolest vyvolat samo

o sobě i bez somatické složky – proto ta okénka. Vědělo se to sice už dávno, přesvědčivý důkaz však přinesla teprve funkční magnetická rezonance. Výsledná intenzita bolesti je pak součtem její senzoričtější složky (sensory pain) a složky afektivní (emotional pain). Proto je podmínkou pozitivního výsledku léčby bolesti psychoterapeutický přístup celého týmu s nabídkou odborně vedené individuální i skupinové psychoterapie na všech pracovištích léčby bolesti.

ZNALOST VYŠETŘENÍ BOLESTIVÝCH ZMĚN – ZÁKLAD ÚSPĚCHU V ALGEZIOLOGICKÉ PRAXI

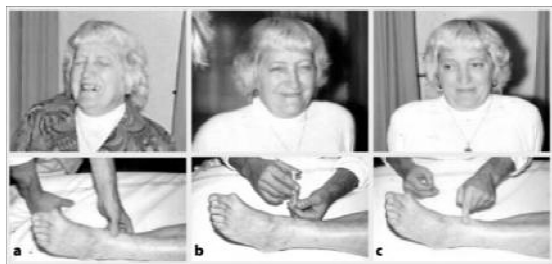
Největší údiv pacient zaznamená, podaří-li se nám již při první návštěvě dosáhnout citelné úlevy od bolesti, kterou dosud nezažil, byť by šlo jen o přechodný efekt. Ještě větší údiv vyvolá, objevíme-li bolestivá místa, o kterých pacient nevěděl. Předpokladem je znalost palpačního vyšetření celého vzorce bolestivých změn, které je doménou manuální medicíny.

Východiskem správného hodnocení bolesti je korelace intenzity bolesti, resp. pacientovy stížnosti na bolest a rozsahu bolestivých změn. Inspirace definicí českého chirurga a zakladatele naší neurochirurgie Arnolda Jiráka (1887–1960), že bolest je jedinečný subjektivní zjev, provázený objektivními zjevy, nás přivedla k rozlišování bolesti subjektivní a bolesti „ob

„objektivní“ pak bolestivost tkání při palpačním vyšetření, tedy hyperalgezií, eventuálně alodynii. Jejich neklamnou



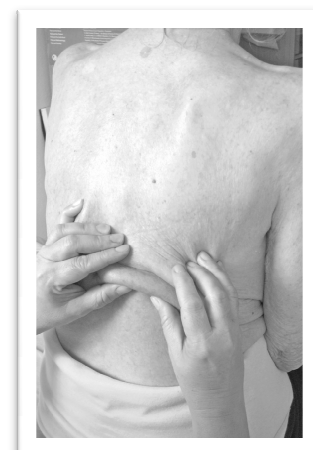
známkou je abverzivní reakce pacienta – jakýkoliv náznak úhybného pohybu. Nejcitlivějším důkazem místní bolestivosti je aktivace mimického svalstva.



Obr. 5 – Výrazy tváře při vyšetření a ošetření bolestivého místa.

„ob jektivní“. Subjektivní bolestí rozumíme pacientovu stížnost na bolest, bolestí

Na obrázku 5a vidíme výraz tváře při palpačním vyšetření malé bolestivé jizvy po starší tržně zhmožděné ráně, která unikla pozornosti a byla



zdrojem trvající bolesti, mylně přičítané dekompenzované ploché noze s pokročilým halluxem. Na neočekávanou bolest při palpačním vyšetření reaguje pacientka typickou facies dolorosa, při bolestivém obstríku (obr. 5b), na který je již připravena, reaguje výrazem pozornosti, při kontrole efektu obstríku (obr. 5c) se tváří spokojeně, neboť palpáce již bolest nevyvolala.

Nejběžnější způsob vyšetření plošné bolestivosti kůže a podkoží je Kiblerova řasa, resp. skin rolling test (obr. 6), bolestivá reakce při vyšetření, např. jen

ZÁVĚR

Vztah lékař – nemocný nelze považovat za střetnutí dvou rovnoprávných svobodných vůlí. Vždy je třeba akceptovat pacientovo právo na negativní emoce. Někdy však pouhé vědomí povinnosti nepostačí. Kromě shora zmíněných etických imperativů je dobré vycházet i z poznatku, že negativní emoce, především hněvivá, bývá následována pocitem studu z profesionálního selhání a vyplavené katecholaminy poškozují především nás samotné. Proto bychom neměli dovolit, aby se v našem chování projevila. Jsme-li na to připraveni, lze ji vědomě zpracovat,

stažení musculus orbicularis oculi, je důkazem, že ve stížnost pacienta můžeme mít plnou důvěru.

Pokud bychom se v místě pacientem udávané bolesti opakovaně nesetkali s bolestivou reakcí, případně s verbální stížností na bolest při zamezení zrakové kontroly vyšetřovaného místa, neměli bychom hned reagovat nedůvěrou, je třeba hledat příčinu stížnosti na bolest v psychosociálních souvislostech.

a když zareagujeme spíše nějakým projevem laskavosti, může to vyvolat u pacienta údiv, který pozitivně ovlivní náš vzájemný vztah i výsledek léčby.

Své sdělení bych zakončil radou mého učitele a představeného primáře MUDr. Františka Pokorného (1916–2003), přednosta rehabilitačního oddělení nemocnice v pražských Vysočanech, který se po 2. světové válce jako ředitel Janských Lázní zasloužil o jejich světovou proslulost v léčbě dětské obrny: „I kdybychom nemocnému nic nedali, měl by od nás odcházet s pocitem, že byl obdarován!“

Literatura

1. Honzák R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013.
2. Charvát J. *Člověk a jeho svět*. Praha: Avicenum, 1974.
3. Koukolík F. *Lidský mozek*. Praha: Galén, 2012.
4. Lewit K. *Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace*. Praha: Nakladatelství dopravy a spojů, 1990.
5. Rokyta R., Kršiak M., Kozák J. *Bolest, monografie algeziologie, II. vydání*. Praha: Tigis, 2012.

Přetištěno se svolením redakce Bolest a regenerace, kde byl text otištěn v prosinci 2015

O autorovi:

MUDr. František Neradilek, *1939

Absolvoval vojenskou větev Lékařské fakulty UK v Hradci Králové r. 1962. Od r. 1974 lékař rehabilitačního oddělení Nemocnice v Praze 9 – Vysočanech, 1984–1990 primář oddělení, 1991–2004 vedoucí oddělení rehabilitace a léčby bolesti na Poliklinice Prosek, od r. 2005 pracující důchodce. Od r. 1996 člen Subkatedry léčby bolesti IPVZ Praha. Zakládající člen a první předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP (1990–1997), autor Metodického pokynu MZČR pro budování pracovišť léčby bolesti. Po dvě volební období člen revizní komise výboru ČLS JEP a výboru pražského Spolku lékařů českých, člen International Association for the Study of Pain (IASP), zakládající člen European Federation of IASP Chapters (EFIC) a člen poradního sboru EFIC v letech 1993–1997. Přednáší a publikuje o algeziologické problematice u nás i v zahraničí. V popředí jeho odborného zájmu je komplexní regionální bolestivý syndrom, chyby a omyly v diagnostice a léčbě bolestivých stavů, vliv imunitního systému na endogenní analgetickou kapacitu, psychosociální a etické souvislosti chronické bolesti a její léčby. Dosud vede poradnu pro léčbu bolesti rehabilitačního oddělení na Poliklinice Prosek v Praze 9.

Do redakce přišlo 23.2.2016

Po recenzi zařazeno do tisku 30.4.2016

Střet zájmů: není



PULKRÁBKOVÁ A.: NEUROMODULACE JAKO METODA OVLIVNĚNÍ CHRONICKÉ BOLESTI Z POHLEDU PSYCHOLOGA

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
FF UK Praha

ABSTRAKT: PULKRABKOVÁ A.: NEUROMODULACE JAKO METODA OVLIVNĚNÍ CHRONICKÉ BOLESTI Z POHLEDU PSYCHOLOGA. PSYCHOSOM 2015; 14 (1-2), S.18-21

V článku jsou stručně popsány základní neuromodulační metody v léčení chronické bolesti s důrazem na invazivní neurostimulační metody a role psychologa při výběru pacientů vhodných pro tento způsob léčby a v následné péči o pacienty podstupující neuromodulační zákrok. Psychologické vyšetření je zaměřeno na vyloučení psychopatologie, zhodnocení míry adaptace na chronickou bolest, zmapování psychosociálního prostředí pacienta a odhad jeho compliance v případě implantace neurostimulátoru. Autorka vychází ze zkušeností z dlouhodobé spolupráce Neuropsychologické poradny Ústřední vojenské nemocnice Praha (ÚVN) a Ambulance pro léčbu chronické bolesti při Neurochirurgické a Neuroonkologické klinice ÚVN.

Klíčová slova: neuromodulace, neurostimulace, chronická bolest, psychologické vyšetření

ABSTRACT: PULKRABKOVA A.: NEUROMODULATION AS A METHOD OF CHRONIC PAIN TREATMENT FROM A PSYCHOLOGICAL POINT OF VIEW. PSYCHOSOM 2016; 14 (1-2), PP. 18-21

The article describes the main neuromodulatory methods in treatment of chronic pain with a concern to invasive neurostimulation methods and a role of a psychologist in an identification of favourable candidates for this type of treatment and further extensive psychological care. Psychological assesment is aimed to exclude psychopathology, evaluate the adaptation on chronic pain and to map a psychosocial environment of a patient to predict his/her compliance in the case of implantation of a neurostimulation device. Author draws from long-term cooperation of a Neuropsychological unit at Central Military Hospital (UVN) in Prague and a Department for chronic pain treatment at Neurosurgery a Neurooncology Clinic UVN.

Key words: neuromodulation, neurostimulation, chronic pain, psychological assessment

Léčba pacientů s chronickou bolestí je závažným a většinou obtížně řešitelným problémem. Pokud jsou vyčerpány možnosti standardní léčby, přistupuje se k využití invazivních postupů, jako je aplikace lokálních anestetik, epidurální aplikace opioidů a kortikoidů, subarachnoidální kontinuální blokáda a radiofrekvenční léčba (podrobněji viz Hakl, 2009). K nejmodernějším přístupům, užívaným nejčastěji k léčbě neuropatické a ischemické bolesti, pak patří neuromodulační léčba, která využívá aplikaci účinné látky přímo k nervovým

strukturám, popřípadě efektu elektrostimulace – ovlivnění přenosu bolesti stimulací určitých nervových tkání pomocí definovaného elektrického proudu. Do určeného místa se zavádějí stimulační elektrody napojené na implantovaný generátor impulzů. Pacient ovládá stimulator pomocí bezdrátového ovladače a bolestivý vjem je nahrazen pocitem parestézie (příjemného brnění) v celé bolestivé ploše. Poststimulační analgezie následně přetrvává různě dlouhou dobu po vypnutí stimulatoru.

Při pochopení patofyziologických procesů u chronické neuropatické bolesti, jak jsou popsány dnes, je místo ablačních chirurgických zákroků, které ve svém důsledku v různém časovém horizontu vedou k zhoršení bolestivých vjemů, vhodné volit právě metody, které nepřerušují dráhu bolestivého vjemu, ale modulují ji. V nervovém systému je tak vytvářena nová informace, která tu původní ovlivní. Obecný princip fungování neuromodulace lze tedy rozdělit do tří skupin: a) tvorba informace, b) interference informace a c) modulace informace. Stimulace na všech úrovních nezpůsobuje intervenci bolestivé informace, ale intervenci s informací senzitivní a tvorbu nového vzruchu, který na následných úrovních zvýší filtraci informace o bolesti. Dále stimulace změní i psychické vnímání bolesti nejen snížením bolesti jako takové, ale následnou přímou stimulací afektivně-emoční složky. Efekt stimulace také souvisí s elektrochemickými procesy v mozku a v konečném důsledku uvolňuje přirozené enkefaliny (Masopust, 2014).

K neinvazivním stimulačním metodám patří transkutánní elektrická stimulace (TENS) a repetitivní magnetická stimulace (rTMS). Mezi invazivní metody pak řadíme periferní subkutánní stimulaci (PSFS), periferní nervovou stimulaci (PNS) nebo implantaci programovatelné, léky uvolňující infuzní pumpy. Nejčastěji využívaná je stimulace míšní (SCS), dříve nazývaná stimulace zadních míšních provazců, která je prováděna od sedmdesátých let. Je vhodná pro léčbu failed back surgery syndromu (FBSS), se kterým se v ambulancích chronické bolesti setkáváme velmi často. Analogicky se též používá i stimulace okcipitálního nervu (ONS) u dalších typů bolestí, jako jsou chronické migrény, refrakterní cluster headache, perzistující denní bolesti hlavy, hemicrania continua, chronické posttraumatické bolesti, bolesti po

whiplash poranění krční páteře, cervikogenní bolesti hlavy a okcipitální neuralgie (Paemeleire a kol., 2010, Ghaemi a kol., 2008, Burns a kol., 2009, Magis a kol., 2007, Saper a kol., 2011). Stimulace motorické kůry v léčbě bolesti je pak spojena i s transkraniální magnetickou stimulací, která slouží i jako jedna z metod při výběru kandidátů pro tento zákrok (Masopust, 2014). Současné technologie i zkušenosti operatérů umožňují v některých indikačních oblastech, např. u low back pain využití různých neuromodulačních technik, popřípadě jejich kombinaci s použitím jednoho generátoru impulzů.

Z psychologického hlediska je chronická bolest zdrojem zvýšeného stresu, podílí se na zhoršení jak fyzického, tak psychického stavu a promítá se negativně do sociálních faktorů, což vede k zhoršení kvality pacientova života. Probíhají změny na kognitivní i afektivní úrovni. Dlouhotrvající bolest vyvolává prožitky strachu, úzkosti, vzteku, frustrace, bezmoci, vede až k pocitu katastrofizace a způsobuje pokles nálady, což může bolest zpětnovazebně dále udržovat nebo vést k hyperstezii (podrobněji Knotek, 2010). Pro úspěšnou léčbu je tedy potřeba komplexní pohled na pacienta. Proto je důležité, aby léčba bolesti probíhala multidisciplinárně a zahrnovala kromě léčby algeziologické, neurologické, rehabilitační, popřípadě psychiatrické či neurochirurgické i psychologickou péči.

Úkolem psychologa je porozumět psychologickým a psychosociálním faktorům, které souvisejí s chronickou bolestí, zjistit míru adaptace na bolestivý stav a její případné komplikace u jednotlivých pacientů. V indikovaných případech pak pacientům poskytuje další péči, nejčastěji ve formě individuální nebo skupinové podpůrné psychoterapie, obvykle s kognitivně behaviorálním nebo eklektickým zaměřením. Důraz je kladen



na edukaci a práci s očekáváním a postoji pacienta. Je vhodné podpořit jeho aktivní přístup k zvládnání bolesti i k rozhodnutí pro případný neuromodulační zákrok. Osvědčuje se využít relaxační a hypnosuggestivní techniky, jimiž lze ovlivnit vnímání bolesti a redukovat napětí i stres vyvolaný chronickou bolestí.

Psychologické a psychiatrické vyšetření je důležitou součástí výběru vhodných kandidátů pro léčbu bolesti neuromodulačními implantačními metodami vzhledem k jejich invazivnosti a finanční náročnosti. Zkušenosti ukazují, že správný výběr pacientů je velmi důležitý pro dlouhodobou úspěšnost těchto metod (Vrba a kol., 2002 a, b).

Z hlediska hodnocení psychiky ve vztahu k indikačním kritériím je potřeba vyloučit psychiatrické onemocnění (aktivní psychóza, špatně kontrolovaná nebo neléčená deprese, sebevražedné jednání), psychologické kontraindikace k zákroku a je třeba zmapovat životní styl pacienta i jeho psychosociální zázemí.

K psychologickým kontraindikacím patří zejména vysoká míra úzkosti, těžká závislost na alkoholu či lécích, výrazný kognitivní deficit, nevhodná osobnostní struktura a postoje k bolesti, technofobie, faktitivní poruchy a účelové tendence. Rizikově je také vnímána neuspokojivá psychosociální situace pacienta s chybějícím zázemím, aktuální sociální nebo vztahové problémy či nerealistická očekávání pacientů. Je třeba vybrat pacienty bez psychologických kontraindikací, popřípadě pacienty s dobrou úrovní psychického fungování, kteří úspěšně zvládají rizikové faktory a u kterých je předpoklad dobré compliance. V případě aktuálních závažných psychosociálních či vztahových problémů je vhodné tyto problémy nejprve vyřešit a až potom podstoupit zákrok.

Potřeba psychologické podpůrné péče je u pacientů individuální a měla by být citlivě nastavena podle jejich potřeb. Pacientům nabízíme jak ambulantní psychoterapeutickou péči, tak provázení v průběhu hospitalizace v souvislosti s testováním neuromodulace i konečnou implantací neurostimulátoru a podpůrnou péči v následujícím období. Důležité je, aby očekávání od zákroku byla realistická a aby pacient k zavedení neurostimulace zaujal aktivní, přiměřeně optimistický postoj. V období následujících týdnů po implantaci se pacient sžije se zařízením a v praxi se ustálí optimální nastavení algoritmu stimulace s ohledem na životní styl pacienta a na životnost zařízení. V reakcích pacientů je v souvislosti s novým nástrojem ovládní bolesti i pocitem úlevy od předcházejících bolestivých stavů popisována pozákladová „euforie“ trvající cca 3 měsíce. Projevuje se ve výrazném poklesu hodnocení bolesti vyjádřené na vizuálně analogové škále. Do šesti měsíců od zákroku bývá vystřídána reálným a ustáleným, o něco vyšším hodnocením (Knotek, 2010). Vzhledem k obvykle několikaleté historii chronické bolesti před zákrokem se často setkáváme i s dalšími fenomény, jako je přetrvávající naučené bolestivé chování a obtížné změny zaběhnuté role pacienta, ztráta druhotných „zisků z nemoci“, překonávání závislosti v souvislosti se změnou medikace nebo pocity zklamání a frustrace z toho, že navzdory pacientovu očekávání neuromodulace nevyřešila některé životní problémy.

Neurostimulace se ukazuje jako velmi efektivní moderní metoda léčby a rozšiřuje možnosti léčby chronických bolestivých stavů. Nevyužívá se izolovaně, ale společně s využitím dalších postupů a metod v rámci multidisciplinárního přístupu k léčbě bolesti, ve kterém má psychologická diagnostika a péče důležitou roli.

LITERATURA:

1. Burns B., Watkins L., Goadsby P. J.: Treatment of intractable chronic cluster headache by occipital nerve stimulation in 14 patients. *Neurology* 2009, 72 (4): 341–345
2. Ghaemi K., Capelle H. H., Kinfte T. M., Krauss J. K.: Occipital nerve stimulation for refractory occipital pain after occipitocervical fusion: expanding indications. *Stereotact Funct Neurosurg* 2008, 86 (6): 391–393
3. Hakl M.: Léčba bolesti v ČR – chronická bolest a trendy v invazivních přístupech, *Interní Med.* 2009, 11 (11) 488–490
4. Knotek P.: Psychologické procesy při chronické bolesti, jejich struktura a dynamika, *Čs. Psychologie* 2010, 54: 546–563
5. Magis D., Allena M., Bolla M., De Pasqua V., Remacie J. M., Schoenen J.: Occipital nerve stimulation for drug-resistant chronic cluster headache: a prospective pilot study. *Lancet Neurol* 2007, 6(4): 314–321
6. Masopust V., Rokyta R., Beneš V.: Neuromodulace, *Česk Slov Neurol N* 2014, 77/110 (2) 138–152
7. Paemeleire K., Van Buynder M., Alicino D., Van Maele G., Smet I. et al: Phenotype of patients responsive to occipital nerve stimulation for refractory head pain, *Cephalalgia* 2010, 30 (6): 662–673
8. Saper J. R., Dodlock D. W., Silberstein S. D., McCarville S., Sun M., Goadsby P. J.: Occipital nerve stimulation for the treatment of intractable chronic migraine headache: ONSTIM feasibility study. *Cephalalgia* 2011: 31 (3): 272–285
9. Vrba I., Kozák J.: Neuromodulace při léčbě chronické bolesti – 1.část, *Bolest* 2002 5: 6–16
10. Vrba I., Kořán M., Kozák J.: Neuromodulace při léčbě chronické bolesti – 2. část. *Bolest* 2002, 5: 217–226

O autorce:

Mgr. Alice Pulkrabková pracuje jako klinická psycholožka a vedoucí Neuropsychologické poradny na Ústředním lékařsko-psychologickém oddělení ÚVN Praha. Zde se věnuje především psychologické diagnostice a podpůrné psychoterapii ambulantních i hospitalizovaných pacientů a výzkumu kognitivní rehabilitace. Dlouhodobě úzce spolupracuje s neurologickým oddělením a Neurologickou a neuroonkologickou klinikou ÚVN. Má vlastní psychoterapeutickou praxi. (alice.pulkrabkova@uvn.cz)

Do redakce přišlo 1.3.2016

Do tisku zařazeno po recenzi 30.4.2016

Střet zájmů: není



VÝZKUM

HOLUBOVÁ M.: POSTTRAUMATICKÝ STRES A POSTTRAUMATICKÝ RŮST U PROFESIONÁLNÍCH HASIČŮ

ABSTRAKT: HOLUBOVÁ M.: POSTTRAUMATICKÝ STRES A POSTTRAUMATICKÝ RŮST U PROFESIONÁLNÍCH HASIČŮ. PSYCHOSOM 2016; 14 (1-2), s.22-31

Cílem příspěvku je seznámit s výsledky studie zaměřené na posttraumatický stres (symptomy PTSD) a posttraumatický růst u profesionálních hasičů. Soubor zahrnoval hasiče z České republiky (N=302) a dalších šesti evropských zemí (N=2241). Sběr dat proběhl formou dotazníkového šetření. Symptomy PTSD byly měřeny škálou Impact of event scale-revised (IES-R), posttraumatický růst inventářem Posttraumatic growth inventory-short form (PTGI-SF). Byla porovnána data českých a evropských hasičů s předpokladem, že mezi příslušníky stejné profesní skupiny nebudou nalezeny rozdíly. V některých měřených parametrech však drobné odlišnosti sledovány byly. Zjištěné výsledky jsou diskutovány v souvislosti s jejich generalizovatelností a implikacemi pro praxi.

Klíčová slova: posttraumatický stres, PTSD, posttraumatický růst, hasiči

ABSTRACT: HOLUBOVA M.: POSTTRAUMATIC STRESS AND POSTTRAUMATIC GROWTH IN PROFESSIONAL FIRE FIGHTERS. PSYCHOSOM 2016; 14(1-2), pp.22-31

This paper illustrates results of the study aimed at posttraumatic stress (symptoms of PTSD) and posttraumatic growth in professional fire fighters. Sample consisted of participants from Czech Republic (N=302) and six other European countries (N=2241). Study was carried out through questionnaire-based data gathering. PTSD symptoms were assessed via Impact of event scale – revised (IES-R), posttraumatic growth via Posttraumatic growth inventory - short form PTGI-SF). Comparison of Czech and European firefighters was made with the premise that among members of this professional group there would be found no differences. Subtle dissimilarities were, however, observed in several measured parameters. Findings are discussed with regard to their generalizability and practical implications.

Key words: posttraumatic stress, PTSD, posttraumatic growth, fire fighters

Hasiči se při výkonu své profese setkávají s neštěstím a utrpením druhých, a neřídka se sami dostávají do situací ohrožení vlastního života či zdraví. Následkem toho se u nich mohou

rozvinout symptomy posttraumatických poruch, přičemž nejčastěji je výzkumně sledována posttraumatická stresová porucha (PTSD – posttraumatic stress disorder). PTSD je definována jako



zpožděná nebo protražovaná maladaptivní reakce na událost neobvykle hrozivého charakteru, jejíž hlavní symptomy jsou intruze (vtíravé a neodbytné pocity opakovaného znovuprožívání události ve vzpomínkách, flashbacích či snech), vyhýbavé chování (vůči místům, lidem i aktivitám spojeným s traumatem) a zvýšená dráždivost (podrážděnost, lekavost, poruchy spánku a koncentrace, třes, tachykardie, pocení, hyperventilace aj.) (MKN-10, 2000). Výzkum posttraumatického stresu u profesionálních záchranářů je převážně orientován na konkrétní mimořádné události velkého rozsahu, jako jsou například živelní pohromy či teroristické útoky. Prevalence PTSD se v těchto případech u hasičů pohybuje zhruba v rozmezí 5 % (Slotte et al., 2008) až 22 % (Chang et al. 2003; „Health hazard“, 2006). Prevalence posttraumatických poruch spojených s běžnou pracovní zátěží hasičů je obdobná – například Regehr, Hemsworth a Hill (2001) uvádějí PTSD u 7 % hasičů, Chen a kolegové (2007) u 10,5 % hasičů, Wagner, Heinrichs a Ehlert (1998) našli PTSD dokonce u 18,2 % hasičů. Naproti tomu Lalié, Bukmir a Ferhatovic (2007) se domnívají, že hasiči netrpí negativními účinky stresu. V podstatě k obdobnému zjištění došla i česká studie Sperlingové (2013) na souboru hasičů z Přerova, z nichž pouze 2 % referovala vysokou míru stresu, 49 % střední míru stresu a 49 % minimální míru stresu.

Prožitek traumatu ovšem může mít i pozitivní dopad, může vést k post-

METODIKA

Soubor: Soubor zahrnoval účastníky mezinárodního projektu BeSeCu

traumatickému růstu (PTG – posttraumatic growth). PTG je definován jako významná pozitivní změna na úrovni emoční a kognitivní, která se může projevit i v chování, přičemž jedinec se dostává nad svoji dosavadní úroveň fungování (Calhoun & Tedeschi, 2006). Posttraumatický růst byl tradičně sledován především u lidí zasazených mimořádnou událostí. U profesionálních záchranářů, zejména hasičů, jeho rozšířenost není zatím příliš zmapována ani v zahraničí. Ďurčková (2013) u souboru středočeských hasičů našla malou míru PTG. Podobné výsledky referovala i Melerski (in Leykin, Lahad, & Bonne, 2013) u souboru záchranářů (hasiči, policisté, zdravotníci) po útoku na World Trade Center, z nichž alespoň minimální PTG vykazovalo 87 % souboru. Naopak polská studie záchranářů našla v souvislosti s běžným o profesí vysokou míru PTG u 25,8 %, střední míru u 34,5 % a nízkou míru u 40 % příslušníků (Oginska-Bulik, 2013).

Přestože je výzkum posttraumatických stavů u hasičů poměrně bohatý, převažuje zaměření na negativní dopady konkrétních mimořádných událostí velkého rozsahu. Výzkumy mezinárodního charakteru zacílené na posttraumatický stres a růst u hasičů v souvislosti s běžným výkonem profese chybí. Následující práce vychází z této potřeby a na základě hasiči uvedené subjektivně nejvíce stresující pracovní události zkoumá, zda vykazují symptomy PTSD a dochází u nich k PTG, a zda je v tomto ohledu rozdíl mezi českými a evropskými hasiči.

(Behavior, Security, Culture). Byl tvořen hasiči, kteří poskytli informovaný



souhlas, bylo jim min. 18 let, a jejich poslední aktivní zásah byl před méně než 10 lety. Sestával z 2543 účastníků a tvořili jej příslušníci z Německa (N=701), Velké Británie (N=198), Španělska (N=161), Polska (N=375), Švédska (N=183), Itálie (N=623) a České republiky (N=302). Předpokladem bylo, že hasiči jako profesní skupina

s podobnými povinnostmi a pravomocemi, výcvikem a pracovními zkušenostmi se mezi sebou v rámci států Evropské unie neliší. Evropský soubor byl tedy pojat celek, avšak byli z něj vyděleni čeští hasiči, jejichž data byla zpracována zvlášť a porovnána s daty od ostatních evropských hasičů. Základní charakteristiky souboru ilustruje tabulka 1.

Tab. 1. Základní sociodemografické a profesní charakteristiky českého a evropského souboru

	CZ	EU
N	302	2241
Pohlaví - muži (%)	298 (99)	2158 (97)
Věk - M (SD)	36,6 (7,8)	37,1 (10,0)
Věk - rozpětí	22 - 62	18 - 66
Délka služby M (SD)	12,9 (7,2)	14,1 (9,2)
Délka služby - rozpětí	1 - 43	1 - 52
Vzdělání - SŠ s maturitou (%)	234 (77)	1062 (47)
Rodinný stav - sezdaní a ve vztahu (%)	234 (77)	1729 (77)
Pracovní poměr - plný úvazek (%)	299 (99)	1622 (73)
Náboženské vyznání - věřící (%)	69 (23)	1670 (75)
Forma administrace - tužka papír (%)	238 (79)	866 (39)

Design: Data využitá v této práci vycházejí z terénní studie projektu BeSeCu. Výběr participantů byl záměrný, částečně kvótní, částečně lavinový. Cílem náboru bylo získat co nejrepresentativnější vzorek hasičů ze zúčastněných evropských zemí. Rekrutační strategie byly podobné – přes nadřízené orgány byl schválen přístup na hasičské stanice napříč jednotlivými státy; někde byly rovnou osloveny konkrétní hasičské stanice; dále přes odborné konference a inzeráty v médiích, zejména s tematikou bezpečnosti a integrovaného záchranného systému (IZS). Terénní studie byla realizována v letech 2010–2011 formou celostátního dotazníkového šetření. Sběr dat proběhl „fyzicky“ – prostřednictvím papírového dotazníku, který byl administrován skupinově na předem domluvených schůzkách nebo byly archy zanechány na stanici k vyplnění

dobrovolníkům, a elektronicky – formou online dotazníku dostupného z webové stránky projektu (www.besecu.de). Participace byla dobrovolná a nebyla motivována žádnou odměnou. Vyplnění dotazníku trvalo cca 45 minut.

Metody: Nástrojem sběru dat byl dotazník BeSeCu-First responder (BeSeCu-FR), který byl vyvinut pro tyto účely. BeSeCu-FR byl vytvořen v angličtině a přeložen nezávislými odbornými překladateli do příslušných jazyků metodou zpětného překladu. Sestával celkem ze 79 otázek a byl velmi komplexní. Jeho součástí byly mj. publikované národní verze dvou standardizovaných sebesuzovacích inventářů – Impact of event scale-revised (IES-R) a Posttraumatic growth inventory – short form (PTGI-SF), které sloužily jako zdroj dat pro tuto práci. **IES-R**, neboli revidovaná škála vlivu



události (Weiss & Marmar, 1997), je zaměřena na symptomatickou odpověď manifestovanou v posledních sedmi dnech s ohledem na specifickou traumatickou zkušenost. Zahrnuje tři subškály – vyhýbání, zvýšenou dráždivost, znovuprožívání – vycházející ze symptomů PTSD dle DSM-III-R (Weiss, 2004). Skládá se z 22 tvrzení, jež jsou hodnocena na pětibodové škále Likertova typu (0 vůbec ne – 4 velmi silně), bodový rozsah činí 0–88 bodů. Nejčastěji užívané hraniční skóre značí riziko PTSD je 33 bodů pro celkové skóre nebo průměr 1,5 bodu pro jednotlivé subškály (Creamer, Bell & Failla, 2003). **PTGI-SF** neboli zkrácená verze inventáře posttraumatického růstu

(Cann et al., 2010) je zaměřena na posouzení rozvoje následkem specifického traumatického prožitku. Původní PTGI je praktickým výstupem pětifaktorového modelu posttraumatického růstu autorů Tedeshiho a Calhouna (1996), a jeho zkrácená verze postihuje prostřednictvím 10 položek změny v následujících oblastech: vztahy s druhými lidmi, osobnostní růst, spirituální změny, nové možnosti a vyšší ocenění života. Tvrzení jsou hodnocena na šestibodové číselné stupnici (0 žádná změna – 5 velmi značná změna), bodový rozsah činí 0–50 bodů. Nástroj nemá hraniční skóre stanovující, od kdy je možno hovořit o posttraumatickém růstu.

VÝSLEDKY

Posttraumatický stres: V míře symptomů vyhýbání se čeští hasiči ($M=4,72$; $SD=4,55$) od evropských ($M=4,30$; $SD=5,09$) statisticky významně nelišili ($t=1,639$; $p=0,102$). Signifikantní rozdíl nebyl nalezen ($\chi^2=3,108$; $p=0,078$) ani z hlediska relativní četnosti českých (7,8 %) a evropských (11,3 %) hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle symptomů vyhýbání. Míra symptomů znovuprožívání byla u českých hasičů ($M=3,98$; $SD=3,84$) oproti evropským ($M=4,74$; $SD=5,12$) statisticky významně nižší ($t=-3,450$; $p<0,001$). Rovněž relativní četnost zvýšeného rizika PTSD dle symptomů znovuprožívání byla v českém souboru (4,1 %) oproti evropskému (11,4 %) statisticky významně nižší ($\chi^2=14,687$; $p<0,001$). Míra symptomů zvýšené dráždivosti byla u českých hasičů ($M=1,75$; $SD=2,45$) oproti evropským ($M=2,27$; $SD=3,93$) statisticky významně nižší ($t=-3,663$; $p<0,001$). Taktéž relativní četnost hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle

symptomů zvýšené dráždivosti byla v českém souboru (2,0 %) ve srovnání s evropským (7,6 %) statisticky významně nižší ($\chi^2=12,399$; $p<0,001$). V celkové míře PTSD se čeští hasiči ($M=10,49$; $SD=9,60$) od evropských ($M=11,30$; $SD=12,38$) statisticky významně nelišili ($t=-1,463$; $p=0,144$). Avšak relativní četnost zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu byla u českých hasičů (1,7 %) oproti evropským kolegům ($N=8,1$ %) statisticky významně nižší ($\chi^2=15,317$; $p<0,001$).

Posttraumatický růst: Celková míra posttraumatického růstu byla u českých hasičů ($M=16,73$; $SD=10,64$) oproti evropským ($M=12,36$; $SD=10,33$) statisticky významně vyšší ($t=7,444$; $p<0,001$). Avšak v rámci subsouboru hasičů se zvýšeným rizikem PTSD (dle celkové míry PTSD) nebyl mezi českými ($M=20,20$; $SD=6,91$) a evropskými hasiči ($M=16,92$; $SD=10,09$) nalezen statisticky významný rozdíl ($t=-0,721$; $p=0,472$).



DISKUSE

Míra i prevalence symptomů vyhýbání i znovuprožívání zjištěná v této práci byla ve srovnání s některými zahraničními studii záchranářů srovnatelná (např. Chopko, 2010; Leykinová et al., 2013), zejména u evropského souboru, oproti jiným byla nižší (např. Berningerová et al., 2010; Cetin et al., 2005). Míra a prevalence zvýšené dráždivosti byla u obou našich souborů oproti ostatním dostupným pracím nalezena nižší. Celková míra PTSD, resp. prevalence zvýšeného rizika PTSD, byla u evropských hasičů srovnatelná např. se studií Cukora et al. (2011), Chena et al. (2007), Slottjeho et al. (2008) či Regehra et al. (2001), u českých hasičů např. se studií Lalié et al. (2007) či Sperlingové (2013). Zatímco prevalence zvýšeného rizika PTSD u českých hasičů odpovídá uváděné roční prevalenci PTSD v české populaci (Raboch a Zvolský, et al., 2001, uvádějí rozmezí 1–9 %), hodnoty zjištěné u evropských hasičů jsou vyšší než uváděná roční prevalence pro Evropu, která se pohybuje v rozmezí 0,9 až 1,3 % (Wittchen & Jacobi, 2005).

Nalezené hodnoty posttraumatického růstu (PTG) u českých a evropských hasičů jsou oproti pár dostupným studiím mapujícím PTG u záchranářů vzhledem k běžnému výkonu profese nižší (např. Chopko, 2010; Oginska-Bulik, 2013; Shakespeare-Finch et al., 2003), přičemž data z českého souboru se jim blíží více a jsou srovnatelná se zjištěním Ďurčkové (2013) či Melerski (in Leykin et al., 2013), které u hasičů našly malou míru PTG. Důležitou proměnnou je však způsob kategorizace míry PTG – při použití širšího měřítka škálování se rozdíly mezi výsledky této práce a studii Oginske-Bulik (2013)

i Shakespeare-Finche et al. (2003) zdají být o něco méně výrazné, a navíc, po zohlednění míry posttraumatického stresu, což je další důležitá proměnná, jsou takřka srovnatelné.

Prevalence symptomů PTSD i posttraumatického růstu se napříč studii dosti různí, což lze přisuzovat do velké míry nestejně metodologii: jsou používány odlišné diagnostické nástroje, porovnávána nestejná hloubka a typ poruch, stejně jako charakter zkoumaných událostí. Inkonzistence se tedy zdá přirozená a srovnání mezi studii má menší výpovědní hodnotu. Překvapivé jsou však některé rozdíly nalezené v rámci srovnání českého a evropského souboru. Při interpretaci odlišností v jednotlivých symptomech PTSD nelze zcela vyloučit kulturní rozdíly, které však nebyly vzhledem k omezením stran souboru a sběru dat v této práci zkoumány. Rozdílná prevalence zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry PTSD i jednotlivých symptomů, která byla u českého souboru nižší, může odrážet i případné nuance ve výcviku a vzdělávání (které by se však nemělo příliš lišit), respektive především v systému Critical incident stress management (CISM), odrážející se i v kvalitě psychologické služby a intervenčních programů. Naopak vyhýbavé chování, které bylo u CZ i EU hasičů nalezeno srovnatelně vysoké i rozšířené, lze vnímat nejen jako symptom PTSD, ale i jako individuální adaptivní, flexibilně volenou copingovou strategii (Wray, 2015). Při interpretaci rozdílů v míře PTG je pak třeba zohlednit, že přestože kvantitativně byl zjištěn vyšší růst u českých hasičů, kvalitativně byla výše PTG obdobně nízká – odpovídala velmi malým až malým mírám pozitivních změn.



Navíc, pokud bylo přihlédnuto k míře PTSD a byli porovnáni pouze hasiči se zvýšeným rizikem PTSD, míra PTG byla u obou souborů srovnatelná.

Při interpretaci výsledků je však třeba vzít v potaz následující limitace, které se týkají zejména zkoumaného souboru a designu studie BeSeCu, které vzešly ze snahy o zajištění reprezentativního vzorku o velkém počtu účastníků. Úspěšnost náborových strategií se napříč zeměmi lišila, a v některých se nepodařilo daný počet osob získat. Pro zachování původní celkové velikosti souboru některá centra pro kompenzaci nižšího počtu účastníků v jiných zemích vzorek rozšířila. Soubory se navíc lišily z hlediska vzdělání, náboženského vyznání a formy pracovního poměru. Zcela homogenní nebyl ani sběr dat. Dotazníkové šetření nejprve probíhalo formou tužka – papír na hasičských stanicích, později však byla vytvořena ještě online varianta dotazníku, a mezi jednotlivými zeměmi byly ve formě administrace velké rozdíly. To znemožňuje porovnání mezi jednotlivými zeměmi. Limity vyplývají i z obecných charakteristik studie. Ta byla koncipována jako průřezová, což neumožňuje vyjádření ohledně kauzality. Zčásti šlo o výzkum ex-post facto – účastníci si měli vybavit nejvíce stresující pracovní událost a vzhledem k ní hodnotit symptomy PTSD a PTG. Obě proměnné však byly hodnoceny s ohledem na aktuální stav, tedy nikoli retrospektivně, a neměly by tedy výrazněji podléhat případné interferenci v paměťovém procesu. Určité zkreslení, záměrné i bezděčné, však nelze vyloučit. K objektivizaci by bylo třeba posouzení další osobou. Rovněž se nabízí otázka, do jaké míry jsou hasiči hodnocená traumata a jejich následky srovnatelná. Za další nedostatek se dá považovat absence kontrolní skupiny, která se však

v kontextu výzkumu traumatu a nástrojů k jeho měření jeví jako poněkud problematická.

Generalizovatelnost zjištěných výsledků na příslušníky dalších záchranných složek, především zdravotníky záchranné služby a policisty, je přirozeně limitovaná, ne však zcela nemožná. U příslušníků těchto profesí lze očekávat oproti běžné populaci vyšší psychickou odolnost, náročný profesní výcvik, kontinuální vzdělávání a podobný systém péče (u všech funguje systém CISM, minimálně v České republice). Navíc v rámci IZS zasahují u podobných událostí, kde pracují pod časovým tlakem a jsou vystaveni podobným potenciálním traumatům, i když každý plní při zásahu jinou funkci.

S ohledem na praktické implikace je třeba zdůraznit, že přestože jsou hasiči odolní a mají systém posttraumatické péče, prevalence symptomů PTSD je u nich srovnatelná či vyšší než odhady prevalence v běžné populaci. Navíc vzhledem k nižší základní stresové reaktivitě hasičů oproti běžné populaci (Weiss, 2004), na niž je validizována většina nástrojů k měření PTSD včetně IES-R, lze předpokládat, že zjištěné procento hasičů se zvýšeným rizikem PTSD může být zkreslené (podměřené). Vlivem předchozích traumatických zkušeností jsou navíc ohroženi i hasiči, kteří symptomy PTSD aktuálně nevykazují. Trauma připomínající podněty, se kterými se mohou setkat i při běžných zásazích, totiž mohou fungovat jako spouštěč a znovu vyvolat stresovou reakci. To může při zásahu ohrozit daného příslušníka, jeho kolegy, potažmo i zasažené civilisty. Zjištěné výsledky potvrzují důležitost pečlivého výběru, výcviku i vzdělávání hasičů, včetně programů na udržování psychické odolnosti. Nabízí se doporučení zařadit do posttraumatické péče, vedle zpracování traumatické zku-



šenosti, i téma pozitivních důsledků traumat, které zatím není přímým cílem intervencí.

Přestože jsou prezentovaná zjištění srovnatelná s některými zahraničními studiemi, bylo by vhodné je ověřit dalšími výzkumy na lépe reprezentativních mezinárodních souborech hasičů, popřípadě i dalších záchranářů, a prozkoumat eventuální kulturní rozdíly. Dále by bylo praktické prozkoumat konkrétní faktory, které záchranářům pomáhají zvládat nadměrný stres, včetně

těch, jež podporují posttraumatický růst – od proměnných, které souvisejí s výcvikem, vzděláváním a profesní praxí i pracovním klimatem, po osobnostní charakteristiky a individuální zvládací strategie. Toho by pak mohlo být využito ve výcviku, vzdělávání i v péči o záchranáře. Cenné by bylo také longitudinální sledování, které by prostřednictvím mapování vývoje a proměn symptomů posttraumatického stresu a posttraumatického růstu v čase umožnilo lépe osvětlit vztah mezi zmíněnými posttraumatickými stavy.

ZÁVĚR

Práce i přes svá omezení přispívá k poznatkům v oblasti výzkumu posttraumatických stavů u profesionálních záchranářů a rozšiřuje je o data pocházející z mezinárodního souboru hasičů, které dosud chyběly. Pojednává o míře posttraumatického stresu a růstu u hasičů ze sedmi evropských zemí. Hasiči vykazují ve srovnání s obecnou populací vyšší psychickou odolnost a mají k dispozici dobře fungující systém posttraumatické péče. Přesto u nich byla

nalezena prevalence symptomů PTSD odpovídající či převyšující odhady prevalence v běžné populaci. Uvedená zjištění potvrzují důležitost kvalitního výběru, výcviku, vzdělávání i posttraumatické péče, jakož i potřebu podrobnějších výzkumných studií, které je mohou pomoci dále zkvalitnit.

*Do redakce přišlo 17.2.2016
Přijato po recenzi 30.4. 2016
Střet zájmů: není*

LITERATURA

1. Berninger A., Webber M. P., Cohen H. W., Gustave J., Lee R., Niles J. K., ... Prezant D. J. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001-2005. *Public Health Reports*, 125 (4), 556-66.
2. Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic growth inventory. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23 (2), 127 - 137.
3. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeshi (Eds). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice* (pp. 1-23). Mahwah: Erlbaum.
4. Cetin, M., Kose, S., Ebrinc, S., Yigit, S., Elhai, J., & Basoglu, C. (2005). Identification and posttraumatic stress disorder symptoms in rescue workers in the Marmara, Turkey, earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 485-489.



5. Creamer M., Bell R., & Failla, S. (2003) Psychometric properties of the Impact of event scale-revised. *Behaviour Research and Therapy* 41, 1489–1496.
6. Cukor, J., Wyka, K., Mello, B., Olden, M., Jayasinghe, N., Roberts, J., ... Difede, J. (2011). The longitudinal course of PTSD among disaster workers deployed to the World trade center following the attacks od September 11th. *Journal of Traumatic Stress* 24 (5), 506-514.
7. Ďurčková, E. (2013). Posttraumatický rozvoj u profesionálních hasičů. Nепublikovaná diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.
8. Health hazard evaluation of police officers and firefighters after Hurricane Katrina - New Orleans, Louisiana, October 17-28 and November 30 - December 5, 2005. [Health hazard] (2006). *Morbidity And Mortality Weekly Report*, 55 (16), 456-458.
9. Chang, C. M., Lee, L. C., Connor, K. M., Davidson, J. R., Jeffries, K., & Lai, T. J. (2003). Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *The Journal od Nervous and Mental Disease*, 191, 391-398.
10. Chen, Y. -S., Chen, M. -C., Chou, F. H. -C., Sun, F. -C., Chen, P. -C., Tsai, K. -Y., & Chao, S. -S. (2007). The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16 (8), 1289-1297. doi : 10.1007/s11136-007-9248-7
11. Chopko, B. A. (2010). Posttraumatic distress and growth: an empirical study of police officers. *American Journal of Psychotherapy*, 64 (1), 55-72. doi : 10.4236/psych.2013.42012
12. Lalié, H., Bukmir, L., & Ferhatovic, M. (2007). Examining psychic consequences in firefighters exposed to stress. *Collegium Antropologicum*, 31 (2), 451-455. Retrieved March 14, 2012, from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17847922&lang=cs&site=ehost-live>
13. Leykin, D., Lahad, M., & Bonne, N. (2013). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth of Izraeli firefighters at one month following the Carmel fire disaster. *Psychiatry Journal*, 2013, pp. 274121. doi : 10.1155/2013/274121
14. MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (2000). Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vydání. Přeloženo z ICD-10 (WHO, 1992). Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN: 80-85121-44-1
15. Ogińska-Bulik, N. (2013). Negative and positive effects of traumatic experiences in a group of emergency service workers – The role of personal and social resources. *Medycyna Pracy*, 64 (4), 463-472.
16. Raboch, J., Zvolský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
17. Regehr, C., Hemswoth, D., & Hill, J. (2001). Individual predictors of posttraumatic distress: A structural equation model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (2), 156-161. Retrieved March 14, 2012, from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11280085&lang=cs&site=ehost-live>



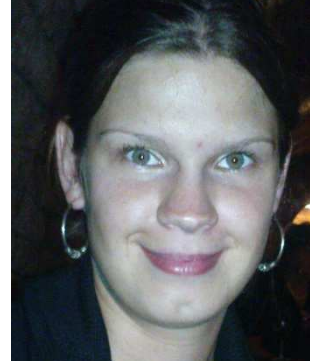
18. Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., Gow, K. M., Embelton, G., & Baird, L. (2003). The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 9 (1), 58-70. doi : 10.1177/153476560300900104
19. Slottje, P., Witteveen, A., Twisk, J., Smidt, N., Huizink, A., van Mechelen, W., & Smid, T. (2008). Post-disaster physical symptoms of firefighters and police officers: Role of types of exposure and post-traumatic stress symptoms. *British Journal of Health Psychology*, 13, 327-342. doi : 10.1348/135910707X198793
20. Sperlingová, P. (2013). Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru. Nепublikovaná diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika.
21. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.
22. Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155 (12), 1727-1732.
23. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of event scale - revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
24. Weiss, D. S. (2004). The Impact of event scale - revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 168-189). New York: Guilford Press.
25. Witchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
26. Wray, H. (2015). The psychology of the firefighter. *The Huffington Post: Science blog*. Retrieved March 2, 2015, from: http://www.huffingtonpost.com/wray-herbert/the-psychology-of-the-firefighter_b_6745506.html

AUTORKA UZNÁVÁ SPOLUPRÁCI PARTNERŮ PROJEKTU BESECŮ: ERNST-MORITZ-ARNDTOVA UNIVERZITA V GREIFSWALDU, NĚMECKO (SILKE SCHMIDT - KOORDINÁTOR PROJEKTU, DANIELA KNUTH, DORIS KEHL); HAMBURSKÁ AKADEMIE PROTIPOŽÁRNÍCH A ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB, NĚMECKO (FRANK SEIDLER, EBERHARD DIEBE); UNIVERZITA V GREENWICH, VELKÁ BRITÁNIE (ED GALEA, LYNN HULSE); INSTITUT VEŘEJNÉ BEZPEČNOSTI V KATALÁNSKU, ŠPANĚLSKO (JORDI SANS, MALIN ROIHA, LOLA VALLES); PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA, ČESKÁ REPUBLIKA (MAREK PREISS, MARIE SOTOLÁŘOVÁ, MARKÉTA HOLUBOVÁ); INSTITUTU BEZPEČNOSTI MTO, ŠVÉDSKO (LENA KECKLUND, SARA PETTERSON, KRISTIN ANDRÉE); VYŠŠÍ ODBORNÉ ŠKOLA PROTIPOŽÁRNÍ OCHRANY, POLSKO (JERZY WOLANIN, GRZEGORZ BELTOWSKI); ASOCIACE LÉKAŘŮ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY, TURECKO (ZEYNEP BASKAYA, TURHAN SOFUOGLU); BOLOŇSKÁ UNIVERZITA, ITÁLIE (LUCA PIETRANTONI, ELISA SACCINTO), KTERÍ UMOŽNILI REALIZACI PROJEKTU I PUBLIKACI JEHO VÝSTUPŮ. PROJEKT BESECŮ (ČÍSLO EU KONTRAKTU 218324) VZNIKL ZA PODPORY 7. RÁMCOVÉHO PROGRAMU EVROPSKÉ UNIE (SECURITY AND SPACE).



O autorce:

PhDr. Markéta Holubová, Ph.D., pracuje jako psycholožka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Věnuje se posuzování psychické způsobilosti uchazečů o vstup do Armády ČR a profesionálních vojáků pro specializované profese a zahraniční operace, a psychodiagnostice a psychoterapií ambulantních i hospitalizovaných pacientů, spolupracuje především s psychiatrickým oddělením a Neurochirurgickou a neuroonkologickou klinikou 1. LF UK a ÚVN. V minulosti pracovala jako výzkumná pracovnice v Psychiatrickém centru Praha.



TEORIE

HONZÁK R¹.: POSTINFEKČNÍ VERSUS NON-POSTINFEKČNÍ DRÁŽDIVÝ TRACNÍK

SOUHRN: HONZÁK R.: POSTINFEKČNÍ VERSUS NON-POSTINFEKČNÍ DRÁŽDIVÝ TRACNÍK, PSYCHOSOM 2016; 14(1-2) S.32-43

Syndrom dráždivého tračníku je komplexní fenomén charakterizovaný bolestí nebo dyskomfortem v břiše, narušenou střevní motilitou a narušenou funkcí střevního epitelu. Autor prezentuje dvě kazuistiky, jednu postinfekční (bottom-up) a druhou non-postinfekční (top-down). Nové poznatky týkající se mikrobiomu přinášejí nový vhled do problematiky. Existují rozdíly ve složení mikrobiomu mezi pacienty a zdravými kontrolami, vazba obtíží na některé specifické kmeny není zatím jasná. U pacientů s postinfekčním průběhem dráždivého tračníku nacházíme nevýrazné známky zánětu, který však jistě hraje roli při rozvoji obtíží. Nicméně rozdíly v prognóze ani v terapii mezi postinfekčními a non-postinfekčními pacienty nebyly zjištěny.

KLÍČOVÁ SLOVA: dráždivý tračník – postinfekční – rozdíly v klinickém obraze – léčení

SUMMARY: HONZÁK R: POSTINFECTIOUS VERSUS NON-POSTINFECTIOUS IRRITABLE BOWELL SYNDROME (IBS), PSYCHOSOM 2016; 14(1-2), PP.32-43

Irritable bowell syndrome (IBS) is a complex condition, characterized by abdominal pain or discomfort associated with altered bowel habits and altered epithelial function. The author presents cases of two patients suffered from postinfectious (bottom-up) and non-postinfectious (top-down) IBS. Differences in the microbiota between IBS patients and healthy controls have been reported, but the association between IBS symptoms and specific bacterial species is uncertain. Low-grade inflammation appears to play a role in the pathophysiology of a major subset of IBS, namely postinfectious IBS. However, in prognosis and specific treatment there are no differences between postinfectious and non-postinfectious IBS.

KEY WORDS: Irritable bowell syndrome (IBS) – postinfectious – differences – treatment

¹ Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze, přednosta Doc. MUDr. B. Seifert, PhD., Albertov 7, 12800 Praha 2
IKEM Praha, přednosta MUDr. A. Herman, PhD., Vídeňská 1958, 14000 Praha 4



Břicho je nejzvůnější rezonanční deska emocí.

Franz Alexander

Somatizační příznaky, MUS, funkční obtíže bez odpovídajícího objektivního patologicko-anatomického nálezu a jak se to všechno různě nazývá (bohudíky vymírá somatickými kolegy dříve používaný perverzní název „nadstavba“, vycházející ze slovníku marxistické pseudofilosofie) jsou nejčastěji projevem aktuálního, většinou ale už chronického dyskomfortu. Během posledního půlstoletí můžeme pozorovat, že ubývá dramatických obrazů při jejich prezentaci. Možná to bude také tím, že kdysi běžná epilepsie s velkými záchvaty, kterou hysterické paroxysmy tvůrčím způsobem imitovaly, dnes také už není běžně k vidění.

Tentýž trend je patrný ve světě, v němž bývaly běžné různé kuriózní jednotky typu koro, negi-negi, dhat, piblokto, susto, latah a další. Tyto pestré a bizarní obrazy vlivem „westernizace“ mizí a jsou jako u nás nahrazovány somatizačními poruchami, které nezřídka doprovázejí lehčí deprese (1). A jak ubývá článků o hysterii (2), přibývá exponenciálně článků o jiných funkčních poruchách (3), najmě o dráždivém tračníku. Podle některých údajů se zdá, že také postižených stále přibývá. Alespoň mezi pacienty s dráždivým tračníkem, o němž tu bude řeč. Odhad prevalence v minulém století býval

kolem 10 % (4), čerstvá německá prospektivní studie provedená během 20 měsíců v letech 2011-2012 uvádí 16% prevalenci při nutričních i sociálních podmínkách podobných našim (5). Jiné prameny dokonce uvádějí až 20% prevalenci.

Podle Kirmayera je psychologický a sociální distres prezentován na medicínské scéně jednak jako MUS, dále jako hypochondrická zaujatost, nebo jako součást symptomatologie afektivních poruch depresivního a úzkostného spektra (6). Funkční obtíže ale také mohou být dozvuky proběhlého somatického onemocnění, které sice odeznělo, ale zanechalo po sobě objektivními příznaky už nepodložené reziduum, v němž se může kombinovat opakování, jež je možné připsat reflexnímu mechanismu, nebo též přetrvávající nepohodě se sekundárními zisky. Tyhle skutečnosti se vynořují např. u dětského psychogenního kašle, kde je často chybně pomýšleno na astmatickou etiologii, přičemž významnou diferenciativně diagnostickou klinickou známkou umožňující správnou diagnózu je absence obtíží ve spánku nebo po námaze a absence dušnosti (7).



Byla to opravdu dáma - comme il faut - dokonce spolkla druhou půlku slova „bl...“ a opravila se na „hloupost“.

ÚZKOST – PERFEKCIONISMUS - KONTROLY

Vše brala s naprostou samozřejmostí (*samozřejmostí starší sestry, která vždy pečovala o sourozence*), povinnosti ji nikdy nepřipadaly nadměrné, ještě předloni byla schopná jezdit za chronicky nemocnou matkou a akutně nemocným dospělým synem (2x týdně 150 km na zcela jiné světové strany) a zvládat při tom domácnost, jakož i práci na 150 %.

A-TYP CHOVÁNÍ – PERMANENTNÍ STRES

Nerozumí dost dobře tomu, proč své obtíže nezvládá. Pravda, začaly náhle, byly nepříjemné, omezovaly ji (typický syndrom dráždivého tračníku), ale podstoupila celou řadu vyšetření, která vyzněla negativně. Začala mít strach, když nad její koloskopii mumlali lékaři „karcinoid“ a přestala spát.

ÚZKOST Z PŘÍZNAKŮ

Gastroenterologové nenašli NIC, co by je vedlo k dalším diagnostickým krokům a předali ji s diagnózou deprese psychiatrovi. Ten postupoval lege artis dle doporučení všech odborných společností, ČLK a MZ, začal farmakoterapií Dogmatilem, což mělo během dvou dnů za následek tolik nežádoucích příznaků, že přesedlal na SSRI se stejným výsledkem, po třech týdnech na další SSRI a po osmi dnech...

BĚSNÁ TERAPIE BEZ PŘIHLÉDNUTÍ K ŽIVOTNÍMU TEMPU A STYLU

Laskavý čtenář jistě pochopí, proč jsem u této pacientky nenechal vyšetřit IgG, ani IgE, ale začal úplně odjinud. Ta dáma totiž byla v situaci, z níž by se každý druhý po...minul.

PŘIJETÍ – EMPATIE – UKLIDNĚNÍ – VYSVĚTLENÍ – REŽIM

Interpretovat se to však dalo až za půl roku.

56letá kuchařka ve školní jídelně po prodělané salmonelové gastroenteritidě, která postihla ještě několik dalších osob, má přetrvávající obtíže při negativním bakteriologickém nálezu. Především jsou to tři až čtyři ranní průjmy, imperativní defekace ve stresových situacích, bolesti jednak difúzní, jednak lokalizované do levého podžebří a rozvíjející se úzkostnou až hypochondrickou symptomatologií.

ROZVOJ SYMPTOMATOLOGIE CESTOU BOTTOM → UP. SOUČASNĚ VÝVOJ VÝRAZNÉ PSYCHOPATOLOGIE ÚZKOSTNÉHO SPEKTRA.

Po čtyřech měsících neúspěšné léčby u praktického lékaře předána do psychiatrické ambulance. Zde kromě všech výše uvedených potíží zjištěn ještě významný sekundární zisk z pracovní neschopnosti, neboť pacientka měla v posledních dvou letech na pracovišti četné konflikty. SSRI s minimální dávkou amitriptylinu přináší částečnou úlevu. Psychologické vyšetření potvrzuje klinický dojem značného snížení intelektu, čímž jsou dány podmínky pro přiznání invalidního důchodu.

SEKUNDÁRNÍ ZISKY A (UPŘÍMNĚ ŘEČENO VŠEOBECNĚ VÍTANÝ DALŠÍ FAKTOR SNÍŽENÉHO IQ) ŘEŠENÍ PŘIZNÁNÍM INVALIDNÍHO DŮCHODU.

Nicméně i po tomto řešení přetrvávají obtíže v mírné formě ještě několik měsíců. Při kontrole důchodu po roce je zdravotní stav vcelku dobrý, ponecháváme však DI, neboť po několika dalších měsících má pacientka nárok na důchod starobní.

NAVZDORY VYŘEŠENÉ SOCIÁLNÍ SITUACI PŘÍZNAKY DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU JEŠTĚ NĚJAKÝ ČAS PŘETRVÁVÁJÍ.



Dráždivý tračník („myxoneurosis intestinalis“ podle profesora Thomayera) je funkční porucha vyznačující se – podle Římských kritérií III. – následujícími příznaky (8):

- rekurentní abdominální bolesti nebo dyskomfortem nejméně 3 dny v měsíci,
- v posledních 3 měsících; navíc s dvěma či více následujícími příznaky:
- zmírnění obtíží po defekaci;
- začátek je spojen se změnou frekvencí stolic;
- začátek je spojen se změnou charakteru (vzhledu) stolice.

Dráždivý tračník je **syndrom** – to je podle mého soudu nutné mít neustále na paměti, že to není samostatná nemoc, jednotka s jedinou etiopatogenezou – vyznačující se v první řadě **poruchou motility** gastrointestinálního systému (nejde jen o tlusté střevo, ale o narušení celkové harmonie pasáže, řadu obtíží z horních částí trávicího systému (9). Je to především nepříjemný pocit plnosti po jídle u třetiny pacientů, říhání a regurgitace (návrat potravy do úst) u čtvrtiny a diagnostikovaná funkční dyspepsie a pálení žáhy, takže správné označení by byl Mařatkův „dráždivý trávicí trakt“. U dětí a adolescentů je – na rozdíl od dospělých – nejčastější

poruchou motility zácpa (10) Dalším problémem je, **narušení epiteliálních funkcí**, a to nejen propustnosti epiteliální bariéry (leaking gut), ale také změnou některých procesů imunitních, a nakonec je tu **narušení percepce viscerálních dějů**, kterýžto jev je objektivně prokazatelný například při balonkové rektální distenzi (11, 12), kdy se objevuje hyperalgezie i algická odpověď na nebolestivé viscerální podněty.

Mezi příznaky nekompatibilní s dráždivým tračníkem patří krev ve stolici, hubnutí, teploty, potíže budící ve spánku (podobně jako u dětského kašle a dalších funkčních poruch; jediná úzkostná porucha, která se objevuje i ve spánku, je panická porucha) a dále patologické somatické a laboratorní nálezy. Při vyšetření břicha můžeme ale palpovat bolestivé stažení levého tračníku (13). Tato hypersenzitivita až bolestivost bývala označována jako „syndrom lienální flexury“. Pacienti se dožadují vysvětlení, proč je zde tak často bolí, a bolest je také příčinou naléhání na chirurgické řešení. Vysvětlení je prosté: v místě lienální flexury se setkávají dva typy inervací, končí tu ta plně autonomní, a tyto dva systémy se občas dostanou do disharmonického postavení. Tohle jednoduché vysvětlení pacienti marně hledají. Nyní jim je tedy můžete nabídnout.

PATOFYZIOLOGIE

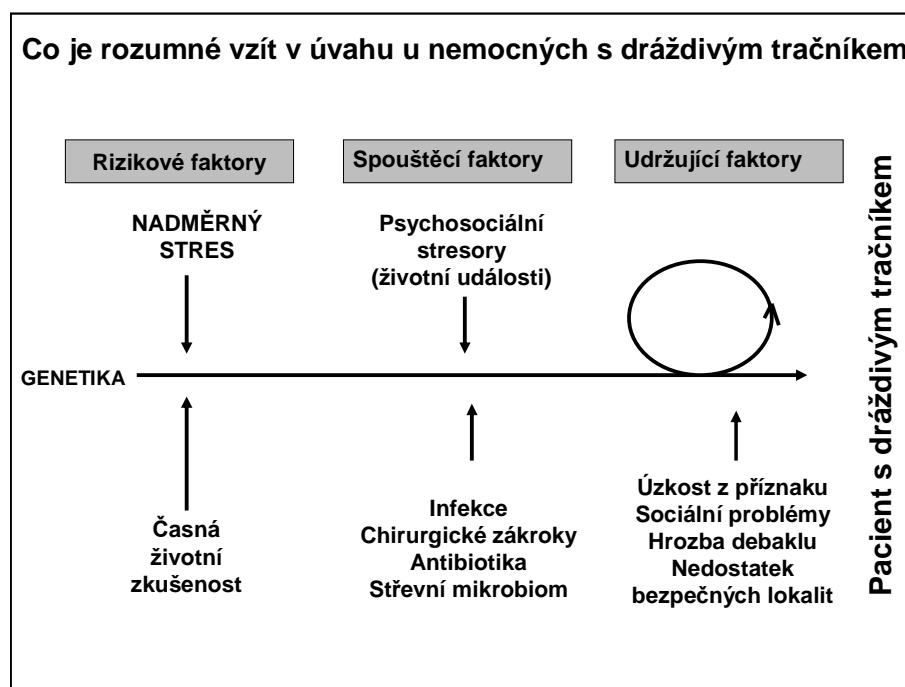
- Narušení gastrointestinální motility;
- Narušení epiteliálních funkcí;
- Narušení percepce viscerálních dějů.
- Top-down model (CNS → GIT)
- Bottom up model (GIT → CNS)
- Kombinace obou

TABULKA 1: PATOFYZIOLOGIE DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU



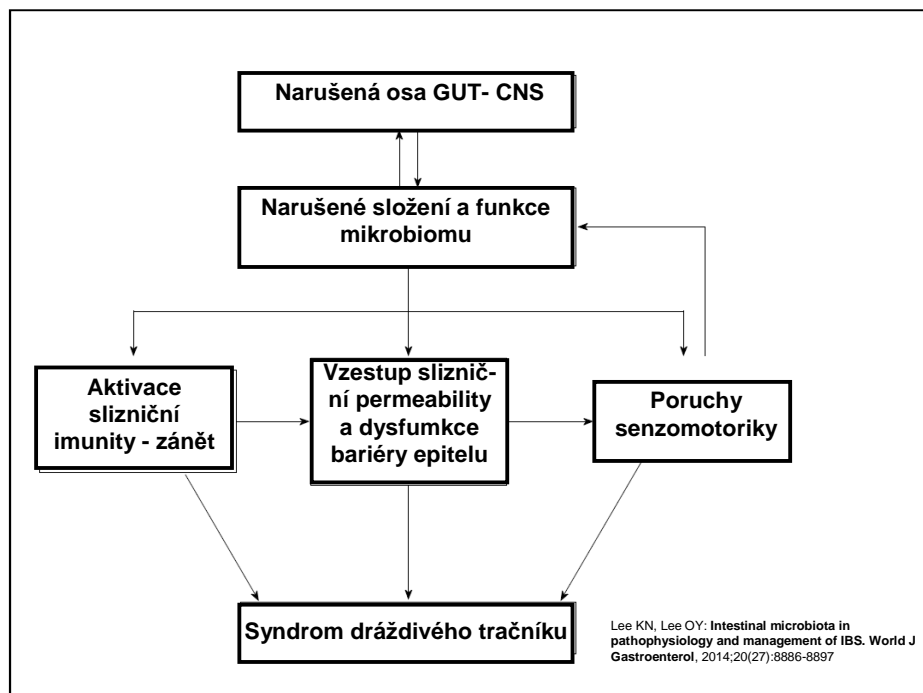
Etiopatogenetická cesta vzniku obtíží dráždivého tračníku může jít směrem **top-down**, kdy psychosociální stres je hlavním spouštěčem onemocnění, nebo **bottom-up**, kdy funkční obtíže nasednou na odeznělý zánět, který je nejčastěji způsoben kmeny *Clostridium*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella* a *Pseudomonas*. Tento typ onemocnění

je pravděpodobně častější, než se předpokládá (14). Vzácná není ani kombinace obou, kdy k nevýznamné infekční či dietní střevní příhodě se přidají stresové momenty, které tak dostávají legitimní možnost manifestovat se jako chorobný stav. Tabulka 4 přehledně informuje o možných faktorech podílejících se na rozvoji obtíží.



TABULKA 2: PATOGENNÍ VLIVY





TABULKA 3: AKTUÁLNÍ MECHANISMY ZACHYCUJE TOTO SCHÉMA

Podíl časných stresujících zážitků a nepříznivých životních okolností na rozvoj jakéhokoliv onemocnění je známý a bohužel, podle mých zkušeností, se málo s těmito okolnostmi pracuje. Přitom dávno předtím, než stvořili Římská kritéria, v nichž je této problematice věnována celá kapitola, jejich autoři upozorňovali na to, že až u třetiny nemocných najdeme sexuální zneužívání, obtěžování nebo alespoň strach z něho (15). Poznám jsem jako psychiatrický konziliář opravdu desítky pacientů, hlavně však pacientek s tímto onemocněním a nezjistil jsem, že by po nich, zejména po těch sexuálně traumatizujících, někdo z kolegů přede mnou pátral. V době, kdy se sexualitou jsou seznamovány oficiálně dvanáctileté děti, mi tato prudérnost u lékařů přijde přinejmenším podivuhodná a nepatřičná. Otázka „Zažil/a jste jako dítě sexuální obtěžování nebo jste z něčeho takového měl/a strach?“ by měla patřit do rutinní anamnézy. Obavy, jaké se po ní mohou vyvalit vlny zdola, bývají

vesměs liché, protože postiženým to přináší úlevnou možnost svěřit se, což svým pozitivním efektem výrazně předčí negativní emoce vyvolané bolestnou vzpomínkou.

Recentní studie shrnující problematiku i výsledky vlastního sledování (16) upozorňuje mimo jiné na velký a vesměs podceněný význam takových skutečností, jako že v rodině někdo trpí psychickou poruchou, zážitek emočního zneužívání nebo byl někdo z nukleární rodiny vězněn.

Postoupíme-li ke spouštěcím mechanismům, je zde možnost jak patogenního působení strasu, tak návaznosti funkčních obtíží na proběhlou infekční gastroenteritidu.

Údaje o relativním riziku rozvoje syndromu dráždivého tračníku po prodělané infekční gastroenteritidě nejsou jednotné. Holandští a američtí autoři (17) studie provedené u pacientů praktických lékařů v letech 1998–2009,



kteřá zahrnula pacienty mezi 18 a 70 roky věku, zjišťují, že jeden rok po prodělané infekci uvádějí obtíže typu syndromu dráždivého tračníku 1–2 % pacientů ve srovnání s 0,3 % kontrol. To představuje relativní riziko $RR=4,85$. Po pěti letech však toto číslo stoupá na $RR=5,40$, což ukazuje na další přídatné faktory podílející se na rozvoji obtíží.

Přibližně v téže době a z téže země však přináší jiná studie (18) údaje mnohem vyšší. Jejím autorům vyšlo, že do roka po infekci *Campylobacterem*, *Salmonellou* a *Shigellou* to bylo plných 9 % nemocných, u nichž se symptomatologie dráždivého tračníku rozvinula. V případě zánětu způsobeného *Shigellou* to bylo dokonce v prvním roce téměř 12 %; zato za tři roky už se prevalence významně nelišila od kontrol

Pokud jde o symptomatologii tohoto typu dráždivého tračníku, převládají průjemy a bolestivost. Několik studií, které shrnuje Barbara se spolupracovníky (19), uvádí shodně rizikové faktory, které mohou předcházet pokračování infekce tímto způsobem. Jsou to: virulence patogenu, závažnost a trvání průjmů, mladší věk, ženské pohlaví a psychické problémy či poruchy. U těchto pacientů také nacházíme slizniční abnormity v tenkém i tlustém střevě. Je to především zvýšená

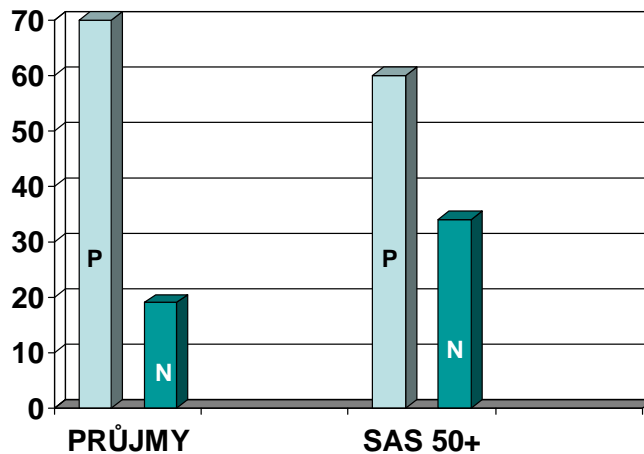
slizniční permeabilita, výskyt zvýšeného množství lymfocytů intraepiteliálně, T-lymfocyty a žírné buňky v lamina propria a enteroendokrinní buňky obsahující serotonin. Mediátory vylučované těmito buňkami mohou vyvolávat hyperalgezi.

Holandská práce otištěná o dva roky později tyhle závěry opakuje a říká, že bioptické studie potvrzují u pacientů s tímto typem dráždivého tračníku, že v postinfekčním prostředí stále přetrvávají mírné zánětlivé reakce a narušená imunita, což vyvolává bolest cestou dráždění senzoričkých vláken ENS a ovlivňuje motilitu cestou stimulace jeho vláken motorických (20). Úplně čerstvé práce s přesvědčivými výsledky také potvrzují narušenou imunitu a nepřiměřenou odpověď proti komensálním bakteriím (21).

Z dalších nálezů vycházejí u postinfekční formy kromě častějších průjmů (více než 3× denně) také vyšší hodnoty vazebných proteinů pro mastné kyseliny a zvýšené hodnoty C-reaktivního proteinu (22, 23, 24), potvrzující probíhající zánět. Ruští autoři se domnívají, že část obtíží může být způsobena detekovatelným deficitem laktázy, který u non-postinfekčních případů nebývá zjišťován (25).



Průměry a příznaky úzkosti (SAS) u nemocných s postinfekčním (P) a non-postinfekčním (N) syndromem dráždivého tračnicku (údaje v %)



Wang J, et al.: Post-infectious and non post-infectious irritable bowell syndrome: A comparative study. Pak J Med Sci, 2016;32(1):116-119

TABULKA 4: ODLIŠNOSTI PRŮBĚHU BOTTOM-UP A TOP-DOWN

U pacientů s postinfekčním dráždivým tračnickem jsou vesměs jednoznačné údaje o vyšší míře psychopatologie v emoční oblasti – více úzkostí a deprese (22, 26, 27). Práce uvádějící, že tito

pacienti vykazují méně neurotických a dalších psychopatologických obtíží, se také vyskytnou, ale jen zcela ojediněle (28).

Odlíšné charakteristiky postinfekčního dráždivého tračnicku

- Nasedá na akutní gastroenteritidu;
- Větší počet průměrných stolic (3 a více);
- Víc úzkostné a depresivní symptomatologie;
- Vyšší hodnoty CRP;
- Vyšší hodnoty vazebného proteinu pro mastné kyseliny;
- T-lymfocyty a žírné buňky v lamina propria;
- Větší množství lymfocytů intraepiteliálně;
- Deficit laktázy.

TABULKA 5: POSTINFEKČNÍ DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK - CHARAKTERISTIKY

Většina autorů se shoduje, že není jasná představa o prognóze postinfekčních

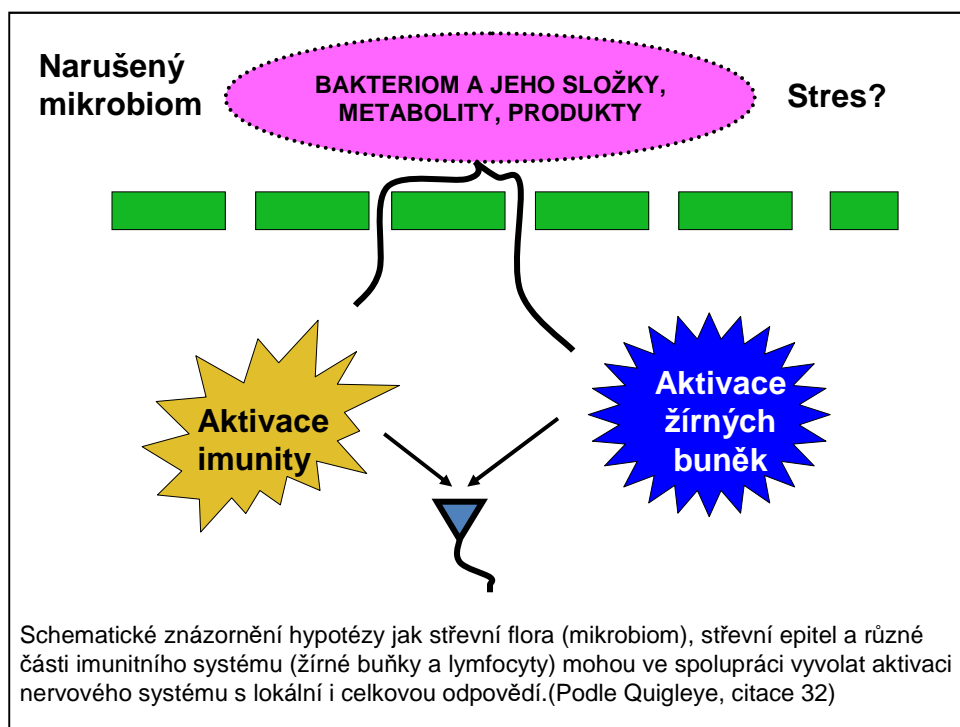
pacientů ani konsenzus o nějaké odlišné nebo specifické léčbě. Jsou tak



doporučovány různé dietní postupy s tím, že do nich vstupují názory vyplývající ze znalostí existence a funkce střevního mikrobiomu, jež doporučují probiotika a prebiotika (29, 30). Posledním výkřikem terapie mikrobiomu je fekální transplantace (31), která v našich podmínkách je z technických důvodů možná jen zcela výjimečně.

Plauzibilní hypotézu o účasti a vlivu mikrobiomu a imunitní složky předkládá

Quigley (32): dysmikrobie způsobená infekcí vyvolá u hostitele zánětlivou odpověď, a to v diskrétní podobě u všech pacientů, a reakce zúčastněných složek – epitelu, mikrobiomu, lymfocytů a žírných buněk – podráždí nestabilní nervový systém, který odpoví systémovou reakcí. Pozitivní zpětno-vazebné mechanismy pak patologický stav pomáhají udržovat (viz obr. graf 1). Vcelku podobné názory najdeme i v práci jihokorejských autorů (33).



GRAF 1: OD NARUŠENÉHO MIKROBIOMU K NARUŠENÍ CNS

V současné farmakoterapii se využívá široká paleta léčiv, především spasmolytika a antidiarhoika, jsou využívány přípravky ovlivňující receptor serotoninu (alosetron). Na ovlivnění průjmů se stále předepisují kalciové prášky (zvané též přátelsky „betonáž střev“), obsahující v nejjednodušší podobě Calcium carbonicum a Calcium

Rifaximin, polosyntetické antibiotikum, které se téměř nevstřebává a působí vlastně jen intraluminálně, je doporučován v posledních letech jako

phosphoricum aa po 0,25, potom v oblíbené kombinaci s kodeinem ještě tedy Codeini phosphorici 0,01, chcete-li doplnit ještě papaverinem, tedy Papaverini hydrochlorici 0.005. M.f.pulv.,D.t.d. Nr.C (centum) ad caps., S.3–6 prášků denně. Zde odkazují na dobrou a stále užitečnou přehlednou Ehrmannovu práci (34).

lék volby (35). Je bezpečný, nemá prakticky žádné interakce a je možné použít ho opakovaně. Ke zvládnutí průjmů je doporučován antagonist



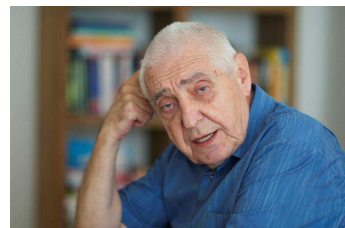
delta-opioidních receptorů, eludaxolin (36), který působí příznivě i v analgetické roli, přičemž nevyvolává zácpu. Naopak proti zácpě jsou doporučovány přípravky lubiprostone a linaclotide (37).

Antidepresiva s výrazným spasmolytickým efektem, především amitrip-tylin v minimální dávce 25-50 mg, působí příznivě na bolest, motilitu i psychiku. Z psychoterapeutických postu-pů je většinou doporučována KBT (38), nicméně při závažném klinickém obrazu v akutní zátěžové situaci může pomoci i terapie dynamicky orientovaná (39).

Placebo jako v nejširším smyslu psychoterapeutický postup zde má své plné oprávnění a jeví se jako účinné.

Kombinace placebo s prvky KBT je opakovaně doporučováno (40, 41). Četní autoři upozorňují na účinnost placebo, která narůstá v čase, speciálně u nemocných se syndromem dráždivého tračníku. Doporučují proto, spíše než se zaměřovat na drahou „personalizovanou“ biologickou léčbu, raději kultivovat zanedbávaný vztah lékař – pacient. (42)

MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Adres shora, radkinh@seznam.cz
Rukopis je určen pouze a výhradně pro Psychosom
Do redakce přišel text 1. 5. 2016
K recenzi zaslán a zařazen do tisku 2.5.2016
Střet zájmů: žádný



Literatura

1. Moldavsky D.: Transcultural Psychiatry for clinical practice. *Psychiatric Times*, June 1, 2004/21(7) <http://www.psychiatrictimes.com/po40636.html>; naposled dohledáno 17. 4. 2016
2. Micale M. S.: On the „Disappearance“ of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis". *Isis*, 1993; 84: 496-526
3. Drossman D. A., Dumitrascu DL: Rome III: New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders. *J Gastrointest Liver Dis*, 2006;15(3):237-241
4. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy. In: Mařatka Z. a spol.: *Gastroenterologie*. Karolinum, Praha 1999: 407-433
5. Althaus A., Broicher W., Wittkamp P., et al.: Determinants and frequency of irritable bowel syndrome in a German sample. *Z Gastroenterol*. 2016;54(3):217-225
6. Kirmayer L. J., et al. : Somatization and Psychologization: Understanding cultural idioms of distress. In.: Okpaku S (ed.): *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press, 1998, pp.:233-265
7. Chládková J., et al.: Psychogenní kašel jako projev somatoformní dysfunkce u dětí. *Alergie*, 2010;1(1):18-25
8. Drossman D. A. et al. (eds.): *Rome III. Functional gastrointestinal disorders, Third Edition*, Degnon Associates, McLean Virginia, 2007
9. Yao X., et al.: The overlap of Upper Functional Gastrointestinal disorders with Irritable Bowel Syndrome in Chinese Outpatients: a multi-center study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2016 Feb 15. doi: 10.1111/jgh.13317



10. Self M. M., et al.: Subtypes of irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12(9):1468-73
11. Grinsvall C., et al.: Psychological factors selectively upregulate rectal pain perception in hypersensitive patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2015 Dec;27(12):1772-82
12. Mayer E. A., et al.: Basic pathophysiologic mechanisms in irritable bowel syndrome. *Dig Dis.* 2001;19(3):212-218
13. Ehrmann J.: Záněty střev a dráždivý tračník. *Interní Med.* 2009;11(2):71-76
14. Parry S. D., et al.: Does bacterial gastroenteritis predispose people to functional gastrointestinal disorders? A prospective, community-based, case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2003 Sep; 98(9):1970-1975
15. Drossman D. A.; Talley N. J., Olden K. W. et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendations. *Ann Intern Med* 1995; 123:782-794
16. Park S. H., et al.: Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity. *Neurogastroenterol Motil.* 2016 Apr 8. doi: 10.1111/nmo.1282
17. Kowalczyk B. K., et al.: Relative risk of irritable bowel syndrome following acute gastroenteritis and associate risk factors. *Epidemiol Infect,* 2014;142(5):1259-1268
18. Haagsma J. A., et al: Disease burden of post-infectious irritable bowel syndrome in The Netherlands. *Epidemiol Infect,* 2010;138(11):1650-1656
19. Barbara G., et al.: Postinfectious irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;48 Suppl 2:S95-S97
20. Wouters M. M., Boeckxstaens GE: Neuroimmune mechanisms in functional bowel disorders. *Neth J Med.* 2011 Feb;69(2):55-61
21. Sundin J., et al.: Cytokine response after stimulation with key commensal bacteria differ in post-infectious irritable bowel syndrome patients compared to healthy controls. *PLoS One,* 2015;10(9):e0134836
22. Wang J., Lu S., Zhao S.: Post-infectious and non post-infectious irritable bowel syndrome: A comparative study. *Pak J Med Sci.* 2016 Jan-Feb;32(1):116-119
23. Shi J.: An analysis for the clinical difference between PI-IBS and NPI-IBS. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi,* 2015;54(4):326-329
24. Hod K., et al.: High-sensitive C-Reactive Protein as a Marker for Inflammation in Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 2016 Mar;50(3):227-32
25. Shcherbakova P. L., et al.: Lactase deficiency in patients with postinfectious irritable bowel syndrome and the role of intestinal microflora in its development. *Eksp Klin Gastroenterol,* 2012;(5):91-98
26. Shi J.: An analysis for the clinical difference between PI-IBS and NPI-IBS. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi,* 2015;54(4):326-329
27. Ju H., et al.: The clinical characteristics of postinfectious irritable bowel syndrome in Qingdao. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* 2009 Jun;48(6):473-475



28. Dunlop S. P., Jenkins D., Spiller R. C.: Distinctive clinical, psychological, and histological features of postinfective irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2003;98(7):1578-1583
29. Parkes G. C., et al.: Gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome: their role in its pathogenesis and treatment. *Am J Gastroenterol.* 2008 Jun;103(6):1557-67
30. Barbara G., et al.: Mucosal permeability and immune activation as potential therapeutic targets of probiotics in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 2012 Oct;46 Suppl:S52-S55
31. Bull M. J., Plummer N. T.: Treatment for chronic gastrointestinal disease and gut dysbiosis. *Integrat Med,* 2015;14(1):25-33
32. Quigley E. M.: Do Patients with Functional Gastrointestinal Disorders have an Altered Gut Flora? *Ther Adv Gastroenterol,* 2009;2(Suppl 1):S23-S30
33. Lee K. N., Lee O. Y.: Intestinal microbiota in pathophysiology and management of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol,* 2014;20(27):8886-8897
34. Ehrmann J. Současné možnosti terapie dráždivého tračníku. *Klin Farmakol Farm* 2008; 22 (3): 99-102
35. Rivkin A., Rybalov S.: Update on the Management of Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome: Focus on Rifaximin and Eluxadoline. *Pharmacotherapy.* 2016 Mar;36(3):300-316
36. Lembo A. J., et al.: Eluxadoline for Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea. *N Engl J Med.* 2016;374(3):242-53
37. Corsetti M., Whorwell P.: Novel pharmacological therapies for irritable bowel syndrome. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;10(3):1-9
38. Almquist E., et al.: Practical management of irritable bowel syndrome: a clinical review. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2016;62(1):30-48
39. Honzák R., Večeřová A.: Funkční obtíže trávicího systému. In Chromý k et al. (eds.): *Somatizace a funkční poruchy,* Grada, Praha, 2005, pp. 105-133
40. Tripathi R., Mehrotra S.: Irritable bowel syndrome and its psychological management. *Ind Psychiatry J.* 2015;24(1):91-93
41. Kridler J., Kamat D.: Irritable Bowel Syndrome: A Review for General Pediatricians. *Pediatr Ann.* 2016;45(1):e30-3
42. Elsenbruch S., Enck P.: Placebo effects and their determinants in gastrointestinal disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015;12(8):472-485



Téma: ZMĚNA

Zavádíme novou rubriku Téma. Téma řídí diskusi, jak vědí rodinní terapeuté. Každý, kdo má k tématu co říci, má být vyslyšen. Proto nemá dostat přednost forma před obsahem. Na texty v této rubrice nejsou kladeny formální požadavky, snad kromě slušnosti a jazykové korektnosti. Proč je prvním tématem právě změna? Hlavně proto, že přišel do redakce text na téma změny v psychoanalytické terapii ve srovnání s psychodynamickou terapií. Téma Změny je však v psychosomatice tématem klíčovým. Kladete si někdy otázku, JAK došlo ke změně? Obávám se, že v biomedicínském modelu přetrvává představa, že změna nastává aktivním odstraněním noxy, poškozujícího faktoru, což je v případě močového kamene zaklíněného v močovodu jistě velmi žádoucí. Platí ale tato jednoduší a mechanická představa také u chronických bio-psycho-sociálně podmíněných nemocí?

PONĚŠICKÝ J.: OVLIVŇOVÁNÍ A PROCES ZMĚNY V PSYCHOANALYTICKÉ (PSAP) A PSYCHODYNAMICKÉ (PSDP) PSYCHOTERAPII

Stručně zrekapituluji vývoj představ o terapeutické změně i změně osobnosti v PSAP a PSDP, a posléze nastíním současné koncepty a problémy týkající se tohoto tématu. Co se týče minulosti, budu se zabývat především těmi terapeuticky účinnými faktory, které mají i dnes svou platnost a vplynuly, byť modifikovány, do dnešních terapeutických modelů.

I nadále spojuje rozličné PSAP a PSDP směry důraz na nevědomí a jeho zvědomění. V původní představě šlo touto cestou v terapii o uvolnění úzkostného napětí zvědoměním vytěsňených vzpomínek a zakázaných přání. Nyní se zdůrazňuje rozšířené sebeporozumění coby podmínka kompetentního, vědomého jednání. Byla již opuštěna představa, že v pacientově mysli existují hotové nevědomé obsahy, k nimž má psychoanalytik privilegovaný

přístup. Důraz je kladen na situaci „tady a nyní“ a středem pozornosti je společné hledání významu a smyslu. Mentalizační PSAP se soustřeďuje na verbalizaci nesymbolizovaných zkušeností (tacit knowledge), jež rozšíří vědomé prožívání a umožní rozhodování s pocitem vlastní kompetence. To zahrnuje i zvědomování celkového pojetí vlastního života, jeho smyslu a porozumění různým životním situacím. Jde o utřídění pacientovy vědomé i nevědomé zkušenosti takovým způsobem, který bude, jak analytik doufá, pro pacienta užitečný. Dle Mitchella jde o společnou konstrukci takového porozumění, které znamená „obohacení pacienta a méně zničující existenci“. Jde svým způsobem o konsenzuální verzi pravdy.

V další fázi vývoje PSAP byl kladen důraz na větší toleranci já a nadjá, což samo o sobě umožní vplynutí dosud



tabuizovaných nevědomých obsahů do vědomí. Navíc, aby nedošlo k jejich opětovnému vytěsnění, spočívala psychoanalytická práce v jejich zpracování (zahrnujíc někdy i nutnost vzdát se infantilních přání), resp. v integraci do vědomé osobnosti. Ta se tomu ovšem brání v důsledku vlastního sebeporozumění, sebeobrazu a vesměs pozitivní představy o sobě samé, takže terapie musela obsáhnout analýzu celé osobnosti („charakterová analýza“).

V té souvislosti se ukázalo, že mnozí pacienti trpí na základě výchovného zanedbání či traumatizace v dětství vývojovými (deficitními, strukturálními) poruchami osobnosti, tudíž jde v terapii, resp. analýze osobnosti (např. v pojetí psychologie self H. Kohuta) buď o reparaci (zhojení) následků oněch deficitů či traumat, nebo o jakýsi dovývoj či nový začátek za lepších podmínek (tj. v terapeutickém vztahu). Tím se má otevřít možnost osobnostního růstu, což terapeut podporuje. Sem se hodí i současná představa psychopatologie jako druhu omezení jedincovy schopnosti žít plně jako lidská bytost (s níž by jistě souhlasili i daseinsanalytici).

Pod vlivem prací o enviromentálním ovlivňování, zvláště ve vývoji osobnosti, o působení vztahů v dětství (Bowlby, Mahlerová) a o jejich významu v psychoterapii (neopsychoanalytici H. S. Sullivan, K. Horneyová, E. Fromm) se psychoanalytický pohled na osobnost rozšířil o vztahovou dimenzi: osobnost je pojata coby organizace dosavadních zvl. emocionálních zkušeností. (Zároveň jde o regulační a orientační systém, jenž nahradil v psychoanalytické představě jáské funkce zkoumání reality, navazování vztahů, anticipace atd., dle kterého organizujeme realitu.) V PSAP musíme počítat s tím, že tento systém je vytvořen i na terapeutově straně, takže v terapeutickém vztahu dochází ke

konfrontaci dvou různých organizačních principů jak vnímat a interpretovat realitu. Je třeba, aby si terapeut uvědomil, že je zde na místě vyjednávání o tom, která témata jsou prioritní a jaký je jejich význam, ale i o tom, jakým způsobem budeme spolu jednat a jak každý z nás chápe interakce, jež se odehrávají v terapii. Vzájemné vcitování do protějšku, interiorizace jeho postoje i jednání a konfrontace s vlastním postojem vede k rozšíření horizontu, z pacientova hlediska např. k převzetí respektujícího či akceptujícího postoje k sobě samému, ke společné významovosti společných prožitků i aktuální terapeutické situace, což může mít úzdravný vliv. V tomto duchu se PSAP zabývá vznikem intersubjektivní, toho, co a jak mezi námi vzniklo (respekt, nejistota, opatrnost, distance atd.) a jaký to má pozitivní či restriktivní vliv (oboustranný odpor) na vzájemnou komunikaci.

Ale vraťme se ještě k onomu přechodu od psychologie jedné osoby k psychologii dvou osob. Psychoanalýza tuto situaci vyřešila velmi elegantně: Aby zcela neopustila pudovou koncepci, hovoří dnes o nejpůvodnější (vrozené) motivaci puzení k objektům, jež má dle té které vývojové fáze různý cíl. Vývoj osobnosti se odvíjí od původní symbiózy s matkou k osamostatnění (člověk je původně navýsost sociální bytost a nevyvíjí se od primárního narcismu ke vztahovosti, jak to viděl S. Freud). Narcismus je vždy sekundární, způsobený výchovou (velikášské já vzniká často coby kompenzace komplexu méněcennosti či v důsledku stažení se ze vztahů a zaměření jen na osobní užitek).

Zabývání se vztahovými problémy a fokusování na aktuální konflikt, popřípadě spojený konfliktní situací i s dětskou rodinou, se staly doménou PSDP. Jde o zvnitřnělé interakční vzorce



chování, které mohou být v konfliktu, mohou působit restriktivně, když je pacient polapen v úporném opakování známého uspořádání zkušenosti. Jindy mohou některé důležité vztahové zkušenosti chybět – např. zkušenost blízkého vztahu či prosazení se a ustání s tím spojeného konfliktu. Dle toho se liší terapeutické strategie, i když je možno zevšeobecnit, že jde ve všech těchto případech o vytvoření takového vztahového chování, jež je jak autentické, s nímž se pacient plně ztotožní, tak i sociální.

PSAP se liší od mnoha ostatních psychoterapeutických směrů v tom, že se důkladněji zabývá překážkami, jež stojí v cestě uzdravení resp. rozvoji osobnosti. Jde většinou o maladaptivní, restriktivní či převzaté vzorce vztahového chování, jimž by se měl terapeut otevřít a reflektovat svůj protipřenos i osobní reakce. Stejně tak důležité je otevřít se i pro to, jakou druhou stranu tyto jednostranné vztahové vzorce blokuji, tedy pro záblesky autentických impulzů a přání, které zprvu bývají spojeny s afekty úzkosti, studu nebo viny. Teprve poté je pacient může i ve vztahu k terapeutovi připustit. Tudíž změna se musí udát v první řadě u terapeuta. Je třeba se nejen otevřít, nýbrž i nabídnout jiný vztah než ten maladaptivní, jemuž pacient dosud dával přednost. Analýza přenosu oněch habituálních vztahových vzorců chování má umožnit autentičnost a nezkršené vnímání analytika, a tím bezprostřední setkání s ním. Dle Sterna (a dříve dle F. Perlse) se teprve zde mohou tvořit nové, nezkršené interpersonální zkušenosti.

K tomuto tématu se pojí pojem testování terapeuta (Sampson a Weiss), v němž se zjišťuje, zda si terapeut dá práci nahlédnout pod povrch do hlubin pacientovy osobnosti a zda bude jeho

skryté tendence akceptovat. Teprve poté bude ochoten se otevřít.

V té souvislosti je v současné PSAP a PSDP (Mitchell, Aron, Ermann) diskutována otázka, zda má větší terapeutický vliv vztahová zkušenost s analytikem, či jeho interpretace. Ty jsou ovšem dnes chápány též jako výraz terapeutovy osobnosti, jeho subjektivity a přesvědčení na základě jeho životních zkušeností, dle kterých si i vybral určitou terapeutickou metodu, jíž se řídí. Interpretace významu (stejně jako jeho chování) mají vztahový rozměr, jsou činy. Slova vynucují, naléhají, lákají, odstrkují, zraňují či objímají.

Fakt, že jde neustále o interakci, si uvědomili zvláště analytici pracující s pacienty s poruchami osobnosti resp. osobnostními vývojovými (jáskými) deficity a vyvinuli psychoanalyticky fundovanou interakční psychoterapii. Jde o získávání nových interpersonálních zkušeností, místo interpretací zavedli princip selektivně autentické emoční i kognitivní odpovědi. Je poskytována zpětná vazba dle motto: když se chováš tak a tak, vyvolá to ve mně ty a ty emoce, impulzy a myšlenky, což ti dám ve snesitelné formě pocítit. Tím je podporována i empatie. V určitých situacích terapeut poskytuje pacientovi pomocné já, když mu sděluje, co by na jeho místě cítil či jak by uvažoval. Tato technika emočního bezprostředního reagování na pacientovo chování má blízko k principu učení a mohla by být bez problémů integrována do kognitivně behaviorální psychoterapie.

Zde se opět nabízí otázka, zda může být terapeut neutrální ve smyslu nestrannosti a ovlivňování pacienta svou subjektivitou. Domnívám se, že nikoli. Dokonce dělám, zejména v supervizích, cennou zkušenost: Terapeutická situace





a atmosféra působí na obě strany. Pod jejím vlivem se pacient vědomě i nevědomě otevře a rozvine svoji problematiku, a to i v přenosovém vztahu k terapeutovi. To se však děje nevědomky i u terapeuta, když určitá tematika, či již i terapeutická situace jako taková, aktivuje jeho otevřený problém a on má tendenci jej ve vztahu k pacientovi vyřešit. Například u mladých terapeutů v terapii starších, zvláště narcistických pacientů může jít u obou o to, kdo je kompetentnější a má průběh terapie pod kontrolou. Nebo třeba pro terapeuta, který analyzuje dominantní

pacientku a měl dominantní matku, je tato situace výzvou, aby si konečně nenechal takové chování líbit. Místo toho, aby ho zakusil, a poté ho zrcadlil či interpretoval, na něj téměř reflexně reaguje alergicky (popř. raději vůbec nereaguje). Má-li terapeut nevyřešený problém, který se podobá pacientově problematice, je již terapeutovo vnímání této problematiky hrubě zkreslené. Proto je třeba, aby terapeut naslouchal, tvořil si představy o pacientově problematice i jejím řešení, a zároveň naslouchal sobě samému.

Použitá literatura u autora.

HONZÁK R.: JE ZMĚNA MOŽNÁ? TERAPEUTICKÁ SMLOUVA A NĚKTERÉ PRVKY EDUKACE

1. TERAPEUTICKÁ SMLOUVA V BODECH

- Jaké změny chce pacient konkrétně dosáhnout
- Pečlivě zkontrolovat dikci; musí mít jasnou a pozitivní formu (žádná „ne,“ nebo „ale,“ ani „pokusy či snažení“)
- Je takový úkol reálný? Je splnitelný?
- Specifikovat změnu v behaviorální rovině (CO a JAK bude patrné)
- Jak se na změnu dívá pacientův RODIČ
- Jak bezpečně se cítí jeho DÍTĚ
- Jakou ochranu mohou DÍTĚTI poskytnout
- Pro koho změnu pacient podniká (pokud ne pro sebe, nepůjde to)
- Porozumí osmileté dítě této dohodě?
- Co bude tato změna stát? Není to mnoho?
- Odměna za ztráty
- Kdo mi v tom pomůže?
- Nejméně 5 aktivit, které je třeba udělat
- Vybrat první z nich a začít s ní TEĎ
- Kontrola plnění, v případě reálných překážek je žádoucí „rekontrakt“

2. NĚKTERÉ PSYCHOLOGICKÉ PRVKY EDUKACE

Moderní pojetí vztahů mezi (pečujícími) zdravotníky a (trpělivým a trpícím) pacientem se mění z paternalistického modelu, který předpokládal, že nemocný „poslechne“ autoritu a zachová se podle jejích příkazů na model spolupráce, v němž pacient přebírá nejen práva, ale k nim také neoddělitelně náležející část odpovědnosti za své zdraví. K tomu, aby se choval ke svému zdraví rozumně, musí mít přiměřenou informaci, přiměřené znalosti a přiměřený návod.

Účinná a správná edukace pak představuje mnohem víc, než „poučení o tom, co by měl pacient dělat“ (protože to si může přečíst v desítkách brožur a osvětových letáků), ale určitou psychologickou a pedagogickou práci, která předvídá nástrahy, jež se v

budoucnosti zákonitě objeví, zakomponuje všechny tyto možné komplikace již do výchozích dohod a zajistí tak dobrou spolupráci nemocného s doporučeným režimem.

Místo obecných prohlášení bych na začátek použil příkladu z literatury i příkladu ze života. Meyrinkův román „Anděl západního okna“ začíná tím, že hlavnímu hrdinovi přinese starožitník významnou rekvizitu, truhlu ze 16. století. Když ho navštíví za pár týdnů, vysvětlí mu, že k té truhle se váže zajímavá pověst: na jejím víku je vyryta čára, která má stát v poledníku, tedy ve směru od severu k jihu. Hrdina truhlu nastaví tímto způsobem a zjistí, že „tak je to správné“, ale celý zbytek pokoje stojí „nesprávně“. Pojme tento problém



důsledně a přestaví celý pokoj podle správně stojící truhly. Jedna změna tedy vyvolá celou kaskádu změn dalších.

A teď ze života: poznal jsem desítky lidí, kteří se doopravdy rozhodli, že budou dvakrát denně deset minut kondičně cvičit, protože k tomuto rozhodnutí je dohnaly jejich zdravotní potíže. 99 % z nich ze svého předsevzetí ustoupilo během několika týdnů, protože v prvotním nadšení a ochotě nedopočetili, že jim za měsíc bude chybět deset hodin (30 x 20 minut), které do té doby věnovali jiným aktivitám; a protože jsme všichni založeni spíše konzervativně, oželeli – nikoli z lenosti – daleko snáze ten nový prvek (cvičení), než zaběhnutý chod věcí.

Léčebná a režimová opatření, o jejichž užitečnosti máme nemocné přesvědčit, vždy znamenají změnu jeho dosavadních zvyklostí a je tedy nezbytné počítat s tím, že jedna změna vyvolá mnoho změn dalších, jak oba předchozí příklady ukázaly. Pojdme si pro názornost představit, že edukujeme pacienta u něhož byla zjištěna porucha glycidové tolerance na úrovni diabetu II. typu. Z hlediska režimu to znamená požadavek na omezení glycidů (především rafinovaných, tedy těch rychle spalovaných), i konzumentských dávek alkoholu (jedno či dvě piva denně), zvýšení tělesné aktivity, pravidelný stravovací režim a v některých případech i užívání léků (až po aplikaci inzulínu). A to celoživotně!

Otázka první tedy zní: Jaké změny chce pacient dosáhnout? On sám, ve svém zájmu, ne proto, že nás poslechne (nebo neposlechne a bude ke své škodě trucovat). Měli bychom dospět k dohodě, že chce změnit svůj stravovací režim tak, že bude pravidelný, že jídla budou obsahovat tyto a tyto potraviny, že najde půl hodiny času na rychlou procházku (nehoňme ho do posilovny, ani na

jogging; i ta „krátká“ půlhodinová procházka je až dost!), že bude pravidelně užívat předepsané léky.

Dávejme si pozor na formulace: všechny mají být v pozitivní podobě (tedy žádná NE), to znamená: budu jíst tehdy a tehdy to a to, budu dělat to a to, budu pít jen minerálku. Všechna NE jsou totiž jistou formou poňoukání ke spáchání toho zapovězeného. Kdyby pohádková babička neřekla hrdince: „Nesmíš otevírat dveře třinácté komnaty,“ možná by si jich ta dívka ani nevšimla. Pamatuji se na ukázkovou příhodu ze svého dětství, kdy rodiče nás nechávali se sestrou samotné doma a plni obav z čerstvě vyslechnuté příhody s dramatickým průběhem nás na odchodu důrazně varovali: „Děti, ne aby vás napadlo strkat si fazole do nosu!“ Do té doby nás to opravdu nenapadlo, jen za nimi zabouchly dveře, stáli jsme u kredence.

Stejným nešvarem jako NE, jsou „bychy, snažení a pokoušení se“. Když člověk (pacient/nepacient) řekne, že se pokusí o to či ono, je to slibem, že se pokusí, nikoli slibem, že to udělá, jak zde bylo již zmíněno. Bible jasně říká: Vaše řeč budíž ano, ano, ne, ne, co nad to jest, od zlého jest.“ Každý bych je podmiňovací způsob, nese v sobě tudíž nějakou podmínku (já bych rád, kdyby...), kterou se může stát prakticky cokoli, co pacientovi znemožní splnit původní slib.

Následuje velmi významná otázka: jak to okolí (nebo skrytá kamera) pozná, že ke změně skutečně došlo? V této fázi si pacient začne uvědomovat, jakým způsobem se jeho chování bude doopravdy měnit. A také to, jak mu pomůže okolí. Jestliže řekne: „Budu mít v neděli na talíři dušenou mrkev, zatímco zbytek rodiny bude mít vepřo-knedlo-zelo,“ je jasné, kde se vynoří problémy a s nimi je třeba začít



pracovat. Jestliže „skrytá kamera“ odhalí, jak potají v noci plní lednici, je to opět důvodem k společné práci. Zdůrazňuji!!! Změny se nedělají snadno a sestra, která má pacientovi pomoci musí být vnímavá, drobátko předvídavá a hodně trpělivá. Měla by umět říci pacientovi, že jeho rozpaky nad změnou jsou pochopitelné, že to zažívá většina lidí, a že ona mu rozumí. Měla by mít také schopnost ukázat nemocnému, že tyto nové postupy může dělat (nikoli musí dělat) a umět ho za to pochválit.

Dalším bodem dohody je otázka, zda zadaný úkol je reálně splnitelný. Zde nám řada pacientů předvede oblíbenou hru, kterou transakční analýza nazývá ANEBY, což je zkratka frustrujícího dialogu v duchu „A nemohl byste...?“ „Ano, ale...“ ALE je další slovo, na něž je třeba vypěstovat si ostražitost hraničící s alergií. Je to totiž spojka odporovací, která doslova škrtá to, co bylo vysloveno před ní. „Máš krásné šaty, ale kdyby byly modré, byly by ještě hezčí...“ Pochvala? Ani náhodou!

Dohadujeme se o pravidelném stravování a dozvíme se: „Já bych rád chodil v poledne na oběd, ale prostředí u nás v jídelně mi nevyhovuje...“ Logický závěr: pacient nám oznamuje, že nebude v poledne na oběd chodit. Tento jeho falšovaný balón je třeba okamžitě vrátit a říci mu, co se za jeho diplomatickým prohlášením skutečně ukrývá. Češi jsou snad nejvynalézavější národ, pokud jde o vysvětlení, proč to nepůjde a našim sysifovským úkolem je přivést je k tomu, jak to půjde.

Když jsme si objasnili některé ze základních principů, které je vhodné (a výhodné) uplatnit při edukaci pacienta v jakékoli oblasti, která sebou přináší změnu, připravme se na to, že tímto objasněním společná práce zdaleka nekončí. Naším dalším úkolem je zjistit,

jak očekávána změna zapadne do pacientova hodnotového systému, zda a jak se vejde mezi všechny ty ne zcela plně uvědomované příkazy, zákazy a pravidla, která si v sobě nosíme a která vyhlášíme za „normální“. V transakční analýze se tato složka našeho já označuje jako stav rodičovský, zkráceně RODIČ. Zahrnuje celou škálu postojů, analytických způsobů i projevů, které jsme přebírali od rodičů a jiných významných figur od nejčasnějšího dětství a považujeme je za „správné“. Naším úkolem je tedy zjistit, co budoucí změně říká pacientův RODIČ a přivést ho k souhlasu.

Ve špatně napsaném příběhu si ve chvíli nejistoty hrdina zavrtá ukazováček do spánkové oblasti a zeptá se: „Jak by to asi řešil můj otec?“ Ve skutečnosti si v takových chvílích sice tuto řečnickou otázku nepoložíme, ale zachováme se podle rodinné zkušenosti, podle toho, co považujeme za správné, za normální a naše svědomí nám odpoví, že jsme se rozhodli dobře, bez ohledu na to, že to třeba bylo k naší škodě. RODIČ obsahuje především to, co bývá označeno jako tradice, resp. „správná tradice“ („tady vidíš, že půjčovat někomu tak velké peníze se nevyplácí, to říkala už babička...“) a je dobré vědět, že takový postoj může mít velmi pevné kořeny, blížící se neotřesitelné víře. Současně však tento postoj může zahrnovat mnoho předsudků, které pacient sám za předsudky vůbec nepokládá, ale vnímá je jako svaté pravdy.

Pokud se pacient od dětství dozvídal, že mrkev a další zelenina je vhodná akorát tak pro králíky, bude požadavek o pravidelné zařazení zeleniny na svůj jídelníček přijímat daleko obtížněji, než byl-li veden k přesvědčení, že mrkev je zdravá pro oči a zelenina plná zdravých vitamínů.



Nejde však jen o takto specifikovaná názory, jde především o postoje k sobě, k okolí, k autoritám. Naši rodiče nás vychovávali jistě s láskou a s touhou, abychom byli v životě šťastní, protože však nikdo z nás není dokonalý (ani oni nebyli, přestože jsme je tak v dětství viděli), doslova nám vtiskli mezi dobrými a užitečnými také řadu neužitečných, nevýhodných a škodlivých pravidel a návodů.

Jedním z nich je vnitřní příkaz, musíš být silný/silná, tedy musíš na všechno stačit sám, nesmíš si říkat o pomoc, protože to je známka slabosti, musíš být na sebe tvrdý, nerozmazlovat se, protože to je projev změkčilosti, slabošství a zbabělosti. Je-li tento program důsledně prosazován, dostává se jeho nositel (a ve skutečnosti oběť) do situace osamělého přespolního běžce, který musí všechno vyřešit vlastními prostředky a ani náhodou nesmí přijmout žádnou pomoc.

Víme všechny a všichni, že za některých okolností je mnohem obtížnější pomoc přijmout, než ji poskytnout (je to logické: patříme mezi pomoc poskytující a pomoc nabízející profese, nabídnutí pomoci se pak jeví jako projev naší kompetence, naopak nutnost jejího přijetí jako projev selhání). Nezapomínejme tedy ani na to, že stejné nebo velmi podobné pocity může prožívat pacient, zvláště vnímá-li zatím ještě nabídnutou pomoc více jako nežádoucí diktát zdravotníků, než jako způsob, jak v konečném úhrnu zlepšit kvalitu svého života.

Do této souvislosti patří znovu odbočka zaměřená na rozdílnost vidění a vysvětlení pacientů a zdravotníků na souvislosti týkající se zdraví a nemoci.

Od 60. let minulého století postihují rozdíl mezi profesionálním a subjektivním pohledem přejaté amerikanismy

illness (= subjektivní zkušenost pacienta se změněným zdravotním stavem, jeho výkladové modely, často na hony vzdálené racionalitě, o jejichž pravdivosti však pacient nepochybuje, směs „zaručených rodinných receptů“ a drbů pochycených v čekárnách, bulvárním tisku a nejrůznějších tiskovinách zaměřených na alternativní postupy a vlastní i tradovaná zkušenost se zdravotním systémem) a disease (= současný vědecký pohled na dané onemocnění, jeho etiopatogenezi, zjištěné příčinné souvislosti a z nich vycházející racionální léčebné a sekundárně preventivní postupy).

Cílem dobré edukační práce je mimo jiné také pochopení náhledu pacienta a jeho propojení a převedení do racionální roviny. Můžeme se k tomu dopracovat jedině tak, že jeho názory trpělivě vyslechneme, jeho postoje pochopíme a posléze mu nabídneme účinnější cestu směrem k očekávanému výsledku. Bagatelizace a zesměšňování („kde jste sebral takovou spoustu pitomostí?“) je to nejhorší, co lze udělat.

Přijatelnější pro nemocného je, připustit, že v minulosti měly jeho názory týkající se zdravého způsobu života své oprávnění, od té doby se však poznání rozšířilo a výsledky léčení dávají zapravdu poznatkům novým. Vzorový příklad se nemusí týkat bezprostřední problematiky, kterou řešíme, může to být třeba výklad o tom, že ještě před nedávnem se každý infarkt musel „vyležet“, dnes chceme nemocné „rozpohybovat“ co nejdříve.

Složitější to bývá s rozkolísáním nesprávných postojů nemocného k sobě samému; při nepřiměřeně strohých a nadměrně „přísných“ (ve skutečnosti nelaskavých) přístupech apelujeme na to, že kvalita jeho života bude při dodržování režimu lepší. Pokud v se jeho



argumentech objeví náznak toho, že se napřed musí postarat o druhé a pak teprve dbát o své potřeby, je dobré opakovaně a asertivně opakovat známou pravdu, a to: kdo se nedokáže pořádně postarat o sebe, neskýtá záruku, že bude schopen se dobře postarat o jiné.

V minulé části jsme probrali problematiku toho, jak na požadovanou změnu bude reagovat ta část pacientova JÁ, které říkáme stav rodičovský, nebo zkráceně Rodič v nás. Daleko podstatnější pro přijetí nebo zamítnutí požadované změny je však to, jak zareaguje pacientovo Dítě, tedy dětský stav jeho ega. Ten si můžeme představit jako psychické nastavení, které každá konkrétní osoba (tedy každý z nás a každý náš pacient) měla v době mezi pátým a šestým rokem, tedy v období, kdy dítě již dokáže verbálně zpracovat různé příhody, jeho mozek však dosud není plně dozrálý a převažujícím stylem myšlení je myšlení magické (pohádkové), jednoznačně převládající nad myšlením racionálním. Toto Dítě v nás nezemřelo, žije dál a projevuje se při různých neformálních aktivitách (stačí se podívat na tribunu sportovního stadionu když „naši dali gól“ nebo naopak, když „naši dostali gól“, na diskotéku, na zábavu při táboráku, atd.) a poněkud komplikovaněji vystupuje i v běžném životě. Naše Dítě je plné pocitů: je v něm zvědavost, radost, ale také pocity frustrace, úzkosti, deprese, vzteku a další. Dítě je hedonistické: vyhledává slast a vyhýbá se nepříjemným zážitkům. Je zdravě sobecké a egocentrické, je nezodpovědné; chce si užívat a nechce za to nic dávat. A protože reálnému dítěti byly upřeny pro jeho slabost veškeré možnosti prosadit se v okolním světě silou (všimněme si, že každé zdravé dítě říká, „Až já budu velký/velká...“ v domnění, že pak si bude vše moci zajistit, zatímco nyní ještě nemůže),

obdařila je příroda jinou mocnou zbraní a tou je manipulace. Ta může nabývat mnoha podob od lísání se a okázalé poslušnosti a závislosti, přes pláč, šaškování, vzdor, trucování až po velmi bizarní postupy (při vymáhání požadavků jsou známé nápodoby sebevražedných pokusů u pětiletých dětí, které ještě nejsou schopné uvědomit si konečnost života). Dítě je velmi tvůrčí, je prostě mazané! Současně je nezodpovědné a netuší, kam jeho aktivity povedou. Je to Dítě pacientů, které je přivádí k rasputinovským léčitelům, protože víra v čarovný proutek je pohodlnější, než jakýkoli léčebný režim spojený s nepohodlím, odříkáním si a nežádoucími změnami.

Bude-li se Dítě cítit ohrožené a nedostane patřičnou kompenzaci (např. ve stylu: Nedostaneš teď už čokoládu a místo toho ti povím pohádku), stane se tím nejnebezpečnějším torpédem plánovaného programu změny, protože umí vymyslet velmi mazané postupy v duchu písně, která říká: „... tu mě múza osloví, řekne ale klidně dej si, na věky tu přeci nejsi...“ A k tomu mu bude nahrávat současné hedonisticky a spotřebně naladěné celospolečenské klima, které nutí (a tak současně ospravedlňuje) každého, aby si užíval co nejvíc. Ublbující reklama, která bombarduje všechny počínaje dětmi předškolního věku (ještě sladší, ještě křupavější), přes nezralé adolescenty (budeš „in“) až po potenciální alkoholiky (vychutnej si svůj ...) je nastavena právě na nekritické a slast vyhledávající Dítě, zatímco zdravotní doporučení se mu jeví spíše jako opatření z káznice, či mučírny, než něco užitečného.

Při edukaci je třeba zjistit, jak se cítí ohrožené Dítě pacienta a jak mu můžeme zajistit bezpečí a kompenzaci vnímaných ztrát. Jestliže se pacient má vzdát svého zaběhaného životního stylu,



který mu sice přivodil zhoršení zdravotního stavu, na druhé straně však přinášel uspokojení, musíme spolu s ním hledat, co mu přinese alespoň část potěšení jako náhradu toho, o co přišel. Psychicky vyrovnaný jedinec je stenicky (aktivně) naladěný a má výhled do budoucnosti, umí se smířit s požadovanou změnou, umí často sám udělat některé závěry typu: vidím, co jsem dělal nerozumně a co tedy změním.

Jestliže se setkáme s přílišným ulpíváním na ztrátách, které nová situace přináší, nepřijetím dané reality, pesimistickým výhledem do budoucna a v zásadě se špatnou spoluprací, měli bychom uvážit, zda takový pacient netrpí depresí, kterou – v případě pozitivní diagnózy – bude nutné léčit jako další přidružené onemocnění.

Nejedná-li se o depresi, ale jen o nechuť, měli bychom pro uklidnění pacientova Dítěte zapátrat po tom, co jiného (než čokoláda a vysedávání u televize) mu dříve přinášelo radost a co mu tedy může přinést potěšení i v budoucnosti. Svépomocné skupiny jsou v tomto ohledu velmi užitečným pomocníkem, protože v nich se nemocný na souřadné rovině od spolupacientů dozví, že není se svým trápením sám, že ostatní také překonávali nejrůznější překážky, a že je i v tomto zdravotním stavu najít potěšení. Navíc se dozví nejrůznější „figle“ jak zvládat problémy, o nichž vědí právě jen ti, kteří je objevili, zatímco zdravotníci, soustředění na jiné aspekty onemocnění o nich často ani nepřemýšlejí.

Současně bychom si měli uvědomit, jak významnou roli v rovině pacientových vztahů zaujímáme (se zdravotníky často nemocný probere tak intimní okolnosti svého života, které neumí probrat se svými nejbližšími), že tedy naše ujištění o tom, že oceňujeme jejich aktivitu a

jejich výsledky dosažené za cenu odříkání, je cenným „pohlazením“ ve smyslu transakční analýzy, odměnou, které si často váží víc, než odměn hmotných. Již Mesmer věděl, že nejsilnějším činitelem, který na člověka působí, je zase jen člověk. Umět těchto odměn použít patří k základům psychotherapeutického přístupu, který by si měla každá dobrá sestra osvojit.

Psychologická odměna je mocnějším prostředkem než kritika a racionální nabádání ke správným postupům. Drsný muž, kancléř Bismarck prohlásil, že výchova je metodou cukru a biče (Angličané mají úsloví: carrot and stick). Souhlasím a dodávám, že daleko lépe se koni běží za mrkví, než utíká před bičem. V našich krajích panuje opačný názor; psychotherapeuticky orientovaná edukace by měla mít jasno v tom, že pohlazení je vždy účinnější než pohlavek.

Pokud jsme ujistili Dítě pacienta, že jeho zájmy a především potřeby nebudou zase tolik ohroženy a získali jsme je pro tvůrčí spolupráci (Dítě je velmi kreativní tvor a bude-li se aktivně podílet na změně, bude to vždy ku prospěchu věcí), čeká nás další zajímavá otázka: Pro koho změnu pacient podniká? Odpověď na ni musí znít zcela jednoznačně: pro sebe! Nechce-li pacient udělat žádoucí změny ve svém vlastním zájmu, a podstupuje všechny již dříve zmíněné obtíže „kvůli ženě, kvůli dětem...“, nemá celý proces naděje na úspěch. Člověk, který si dostatečně neváží sám sebe, aby pro to podstoupil určitou námahu, kterou změna režimu nezbytně přináší, nevydrží; a bude mít dost záminek, aby terapeutický prostor opustil. Žena ho naštve, děti budou nevděčné... a nejstrašnější zkušenost mám s těmi, kteří se rozhodli nastoupit nelehkou cestu „kvůli rodičům“ a jako nezralé osobnosti záhy zjistili, „že si od rodičů nenechají mluvit do života“ (přestože šlo



o jejich vlastní rozhodnutí, u kterého nikdo z reálných živých rodičů neseděl).

Zde je významné místo pro psychotherapeutickou práci sestry: v naší zemi stále platí pseudo-skromná morálka nižší střední vrstvy a přesvědčení, že „já si to nezasloužím“ kompenzované závistivým až nenávisným postojem k těm, „kteří si to mohou dovolit“. Dobrý vztah k sobě je základem zdravého vývoje a zdravého života. Dítě má být milováno, protože JE, nikoli proto, že něco dokáže (cvičená opička), nebo že naplní nesplněná přání rodičů (já jsem to chtěl dotáhnout až na..., ale nepovedlo se mi to, takže tvou povinností je splnit to za mne a pak tě budu mít rád). Zdravotník se stává významnou osobou v sociálním poli pacienta a může napravit jeho některé nezdravé názory. Vzpomínám na sestru Bobinu, která uměla věrohodně, navíc s nenapodobitelným kouzlem říci: „Pane M., vy jste tak sympatický člověk – a já něco o lidech vím – tak mi řekněte, proč se k sobě chováte tak ošklivě?“ A její pacienti se začali zamýšlet nad svými reakcemi a vztahy ke svým potřebám.

Platí to pro nás pro všechny, tím spíše, že zdravotník má jít příkladem (jak říká atinské přísloví: Verba volans, exempla trahunt, neboli slova odlétají, příklady přitahují). Vypráví se o významné osobnosti psychiatrie, profesoru Sullivanovi, že jednou okolo poledne se zeptal na chodbě lékařky, zda byla už na obědě. Ta mu odpověděla v duchu obzvláštní služební horlivosti, že na oběd nemá čas, protože se musí napřed postarat o své pacienty. Údajně měl pan profesor přímo zahromovat: „Tohle mi řeknete ještě jednou a máte výpověď! Doktor, který se neumí postarat o sebe, neskýtá záruky, že se pořádně postará o kohokoli dalšího!“

Další otázkou je, zda této dohodě porozumí i osmileté dítě. Tato zdánlivá banalita je velmi podstatná; každá dohoda nebo instrukce má být kódována co nejjednodušším jazykem, protože jedině tak je možné bránit „vykličkování se“ z ní. Jednoduchý příklad: jestliže je tráva modrá, zaškrtněte v předposledním slově třetí písmeno odzadu, pokud to není souhláska. Toto složité plkání je možné nahradit jednoduchou otázkou: je tráva modrá? Také dohody o dalších postupech pacienta vyžadují nekomplikovanost a jednoznačnost.

V této chvíli, je dopad změny probrán jak z hlediska výhod, tak z hlediska ohrožení, je namístě otázka: Co mě bude tato změna stát? Není to mnoho? To je otázka legitimní a vnáší do chystané změny „okamžik pravdy“. Je to pravda krize, Kterou je možné vnímat jako „bod obratu“, kdy jedinec musí vždy něco obětovat, aby dospěl k řešení. Zde pacient naposledy položí na pomyslné váhy očekávané ztráty a výhody, uvědomí si dosah svého rozhodnutí a může je tedy odpovědně přijmout. Současně je nezbytné probrat to, jaká bude jeho odměna za utrpění ztráty. Tou je bezesporu kvalitnější život a tyto výhody musí umět edukující sestra sice bez přehánění, ale přesto řádně představit, včetně formálních a z hlediska hlavní výhody či potenciálního zisku nepodstatných prvků (budete zase moci obléct šaty, co vám už tři roky visí ve skříni).

Následuje další ze zásadních otázek: kdo mi v tom pomůže? Měla by to být v první řadě rodina nemocného, která zcela paradoxně velmi často je doslova brzdou nových postupů. Pamatuji se na manželku pacienta po infarktu, které naše dietní sestra vysvětlovala zásady správné výživy, načež ona pravila: „Tohle kdybysem vařila, tak se moje babička vobrátil v hrobě.“ Odpustil jsem si tehdy



ošklivou poznámku, že mrtvola jejího obézniho manžela se v hrobě jistě obracet nebude. Spolupráce nejbližších je velmi podstatná, a pokud budou očekávané změny zásadním způsobem zasahovat do zaběhaného režimu, měli by se přinejmenším partneři/partnerky podílet na sestavení nových pravidel.

Pomocníky však můžeme hledat i jinde, velice zdatnými bývají členové svépomocných patientských skupin, kteří se dovedou podělit neformálním způsobem o „fígle“ užitečné při zvládnání nelehkého úkolu a protože sami poznali, jak obtížné je zdánlivě jednoduché požadavky plnit, nemívají sklon k mentorování, což naopak bývá nectností zdravotníků. Pomocníky v motivaci k výdrži mohou být také životní vzory ať reálné, nebo knižní; velice užiteční jsou prarodiče, jejichž péče bývala v dětství laskavější a méně náročná, než výchova

rodičů a jeví se tedy jako vlídnější soupeřníci na nelehké cestě.

Smlouva se blíží do finišu a dostává konkrétní podobu: vybrat pět věcí, které je třeba udělat (zmínili jsme se, že jedna změna vyvolá řadu dalších), zvolit jednu z nich a okamžitě začít! Sebelepší plány však nikdy dokonale nepostihnou skutečnost. Pokud máme na dobré edukaci skutečně zájem, připravme se na to, že pacienta pozveme po měsíci až šesti týdnech, probereme s ním jak dosažené úspěchy, za něž ho patřičně pochválíme, ale také neúspěchy, kdy je vhodné celým postupem zrychleně projet nanovo, zjistit nedostatky a upravit tak, aby vyhovoval lépe. Někdy je nutné zopakovat to několikrát.

Na první pohled se zdá, že doporučený postup vyžaduje až příliš mnoho času, ujišťuji vás však, že čas i energie se v dobrém výsledku mnohokrát zúročí.

Do redakce text přišel 11.5. 2016

Původně publikován ve Vademecum pro sestřičky

Střet zájmů není, autor poskytuje text k diskusi na téma Změna



RECENZE

HONZÁK R.: KNIHY, KTERÉ MŮŽETE DOPORUČIT SVÝM PACIENTŮM

Hans Hopf: Když děti často stůňou. Praha, Portál, 2016, 164 s., ISBN 978-80-262-1010-8, doporučená cena 251 Kč

Začnu tím, čím většinou recenze končívají: je to výborná knížka, počínaje přístupem autora, přes srozumitelné a nezjednodušující podání až po hezký překlad. Mám za to, že by ji měli číst rodiče často nemocných dětí, jejich učitelky a učitelé, které a kteří mohou mnohé situace změkčit a dítěti pomoci, a také zdravotníci, kteří někdy mají k nemocem dětí poněkud instrumentální technologický přístup.

Autor je skutečně zkušený praktik s generačním nadhledem dědečka (narozen v roce 1942 v Teplicích se „zajímavým“ dětstvím, praxí kantora, výcvikem v dospělém věku a letitou terapeutickou zkušeností), který má pochopení jak pro trápení dětí, tak pro starosti a problémy jejich rodičů. Jeho pracovním nástrojem je rodinná terapie s psychoanalytickými kořeny, přičemž nijak nepsychologizuje tam, kde o psychosociální problémy nejde, ani v neopsychoanalytickém duchu nestraší a neharaší freudovskými dogmaty.

Častou nemoc dítěte vidí jako nešťastný pokus o řešení problému, krize, ať rodinné, osobní (strach ze selhání) nebo vývojové (závislost versus samostatnost). Příznak interpretuje také jako určité vyjádření charakteru problému, přičemž bere v úvahu mnohovrstevnost vlivů, které na dítě v takové chvíli působí, kdy

jádrový problém leží třeba v rodině a působení pedagogů ho umocňuje a zároveň posouvá dále, eventuálně jej nežádoucím způsobem fixuje.

Jednotlivé kasuistické příběhy, v závěru přehledným způsobem zobecněné, jsou věrohodné a odrážejí případy z každodenního života, jak je tu a tam zná každý rodič a perfektně rodiče stonajících dětí. Je tam i návod k použití vlastních prostředků (rozhodnutí mezi tvrdostí výchovy a poskytnutím rozumné úlevy přetíženému dítěti), když není situace příliš zašmodrchaná.

Jednotlivé kapitoly mapují konkrétní klinické okruhy. První – obecná – je věnována hlavně vysvětlení fenoménu regrese, ke které při onemocnění dochází a její funkci v procesu integrace problémů. Poruchy příjmu potravin se soustřeďují na banálnější situace, než je anorexie či bulimie, které však do těchto závažných poruch mohou vyústit. Další část je věnována kašli, nachlazení, průjmům a ostatním častým obtížím, které mnohdy nejsou závažným medicínským stavem, ale důsledkem stresu, uskrínutých emocí, tenze v rodině, strachu ze školy apod. Poruchám spánku je věnován samostatný oddíl stejně jako častým úrazům a rizikovému chování. Závažná situace separace dítěte a jeho pobyt v nemocnici jsou podrobně a



citlivě probrány s důrazem na zmírnění pocitu trestu, který mnohé děti přepadá. Stejně citlivě jsou probrány genderové rozdíly mezi prožíváním i manifestním chováním chlapců a dívek. Závěrečná kapitola je nenásilným apelem k vytváření a budování hřejivé domácí atmosféry.

Jedno z psychosomatických pravidel říká: Když máte pacienta, jehož „podivnému stonání“ nerozumíte,

Praha – 12. 2. 2016
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Ústav všeobecného lékařství
1. LF UK v Praze

zeptajte se ho, jak to vypadalo u nich doma, když byl jako dítě nemocný. Způsob dětského stonání, postojů ke zdraví a k nemoci a řešení životních problémů útekem do choroby, představuje většinou rozhodující imprint, který si neseme dál. Recenzovaná knížka nabízí návody, jak touto úžinou proplout co nejúspěšněji, tedy směrem do zdraví.

HONZÁK R.: STŘEVNÍ MIKROBIOM ANEB STAŘÍ PŘÁTELÉ

Všude jsou, všude jsou... Kdo? Mikrouti, jak je kdysi nazval můj spolužák. Máme je na kůži, máme je v nose, ale jejich nejzajímavější skupina žije v trávicím traktu. Jsou jich zde téměř dva kilogramy a počtem desetkrát přecísli všechny buňky našeho těla, neboť jich tam je 10¹⁴, což je hodně. Také co se týče genů, mají nad našimi necelými 22 000 navrch asi tak dvoutisíckrát. Říká se jim střevní mikrobiom nebo také mikrobiota a spolu s enterálním nervovým systémem a také imunitním systémem vytvářejí takzvaný střevní mozek.

Výzkum střevního mikrobiomu v posledním desetiletí doslova explodoval. Gastrointestinální trakt (GIT) byl dlouho považován pouze za trávicí orgán, nové technologie nás přivedly k poznání, jaký dopad má střevní mikrobiom na naše zdraví a nemoci. Víme o jeho úloze v metabolismu, imunitním systému

a o jeho vlivu na chování. Víme také o jeho změnách po porodu, změnách přicházejících s věkem v průběhu života, změnách souvisejících s charakteristikami prostředí, se stresem, se zdravotním stavem a s podávanými léky. Je toho dost, co o něm víme a nepochybně mnohem víc je toho, co o něm ještě nevíme.

Podle posledních poznatků ani intrauterinní prostředí není úplně sterilní a kolonizace GIT začíná již před porodem, největší nálož ale získá při vaginálním porodu, kdy průchod porodními cestami je spojen s obalením tělíčka vaginálními mikroby matky a velký díl jich novorozenec také spolýká. Tak se vytvoří základ, z něhož v příznivém případě vyroste bakteriom plný „starých přátel“. Mezi ně patří hlavně bakterie dvou skupin, Firmicutes a Bacteroidetes, ale také viry, houby,



plísně a tvorové považovaní až dosud za parazity, ale jak se ukazuje, nejsou tak úplně ničemní, aby nesli takové označení. Například tenkohlavcem prasečím se pokoušejí vědci experimentálně léčit autismus. Děti narozené císařským řezem tento blahodárny přísun nepoznají, a jsou proto náchylnější k alergiím a autoimunitním onemocněním.

Moderní způsob života, prudká změna stravovacích zvyklostí, a zejména všeobecné – stepnímu požáru podobné – používání antibiotik zdecimovalo populace našich „starých přátel“. Ti, kdo se tomu věnují, jsou toho domnění, že důsledkem těchto změn je explozivní nárůst autoimunitních onemocnění, psychických poruch (mikrobiom vyrábí až 90 % neurotransmiterů včetně posvátné molekuly serotoninu) a obezity.

Jednou ze zapálených badatelek v džungli našich střev a popularizátorek získaných objevů je britská autorka Alanna Collen, která sama byla postižena likvidací mikrobiomu skutečně rasantní antibiotickou terapií a její kniha, 10 % člověka, což je ten zbytek z nás, když odpočteme všechny mikroby, vychází velmi záhy po uvedení na anglický knižní trh jako 10 % Human: How Your Body's Microbes Hold the Key to Health and Happiness.

Text se dobře čte také díky kvalitnímu překladu a uvádí čtenáře do problematiky, seznamuje ho jak s „hodnými“, tak s „ošklivými“ mikroorganismy, s jejich zvyklostmi a způsobem práce, který je občas velice sofistikovaný. Protože jde o radikální změnu pohledu

na řadu fyziologických i patologických dějů, je autorka až úzkostlivě opatrná, aby neskouzla k bulváru nebo neotevřela prostor pro takový výklad. Některé skutečnosti se totiž až nápadně podobají alternativním teoriím („děravé střevo“). Na druhé straně je, jako každý fundamentalista, občas legrační, třeba když nebohého Sigmunda Freuda plísní za to, že zavedl medicínu na scestí tím, že psychické děje pokládal za důležité a významné; je přece jasné, že vše řídí mikrobi.

Až na občasné úlety tohoto typu je ale text vyrovnaný a – navzdory revolučnosti nových poznatků a z nich plynoucích závěrů – střízlivý, doprovázený častým „pravděpodobně“. Střízlivá jsou i doporučení k úpravě stravy. Najdeme zde plno trefných přirovnání přibližujících nezasevčenému čtenáři způsob vědecké práce a také anglicky vtipné analogie. Neříkám, že knihu zhltnete na jeden zátah, čtení to není lehké, ale je velmi příjemné. Jestliže jsme ochotni hledat nevědomí v temných zákoutích našich mozků, měli by se lidé, kteří se jakkoliv zajímají „o člověka“, zajímat také o podhoubí psychiky v temnotě střev, v prostoru, který je i není naší součástí.

Kdyby vás popadl pesimismus filosofů, kteří hlásají, že nejsme nic jiného než jednoúčelový mechanismus pro předání DNA další generaci a „kostra pro mikrobiom“, vězte, že to byl na zemi stojící biolog Stuart Kaufmann, který pronesl tuto větu: Zamilovaný pár procházející se po břehu Seiny je reálně a skutečně zamilovaný pár, nikoliv pohybující se soustava částic.

Collen A: 10 % člověka. Dobrovský, Praha, 2015, 194 stran ISBN: 978-80-7390-280-3. Doporučená cena neuvedena.



Z KONFERENCÍ

KRYL M.: III. ROČNÍK PSYCHOSOMATICKÉ KONFERENCE VE ŠTERNBERKU

motto: „Všechny cesty vedou k člověku“

Dne 25. února se v prostorách muzea „Expozice času“ ve městě Šternberk (Olomoucký kraj) konal již III. ročník konference „Psychosomatická medicína“, pořádaný šternberskou psychiatrickou léčebnou. Organizačnímu týmu pod vedením prim MUDr. Michala Kryla se tentokrát podařilo seznat odborníky „napříč medicínským spektrem“ – od neurologa, neurochirurga, přes psychiatra či psychologa až po zdravotnické manažery. Potěšení i respekt vzbuzovaly právě neotřelé manažerské vize ředitele FN Olomouc **doc. MUDr. Romana Havlíka**, jenž kromě potřeby změny medicínského paradigmatu směrem k integraci prezentoval i svou představu o novém celostně pojatém pregraduálním předmětu pro studenty olomoucké lékařské fakulty. **MUDr. David Skorunka** (Hradec Králové) seznámil auditorium se způsobem celostního myšlení v denní praxi psychiatra a systemicky orientovaného psychoterapeuta, **MUDr. Aleš Kubát**, primář neurologického oddělení Vojenské nemocnice Olomouc, zdůraznil léčebný potenciál jogínských postupů v celostním pojetí léčby pacientů s chronickými vertebrogenními bolestmi. **MUDr. Ondřej Kalita** z neurochirurgické kliniky FN Olomouc navázal na tematiku chorob pohybového ústrojí a v přehledném sdělení opírajícím se i o četná výzkumná data integrativně podchytil bio-psycho-sociální souvislosti u pacientů s degenerativními onemocně-

ními páteře. **MUDr. Vladislav Chvála** s **PhDr. Ludmilou Trapkovou** (SKT Liberec) ve svém bloku prezentovali svou koncepci bio-psycho-sociálního pohledu na zdraví i nemoc s důrazem na rodinný systém a doplnili jej o osvěžující kazuistické „střípky“ ze své praxe. **MUDr. Jaromír Kabát** se věnoval perspektivám psychosomatiky jako oboru v našich podmínkách, a poté virtuálně provedl posluchače svým pracovištěm (Psychosomatická klinika Praha). Přednosta neurochirurgické kliniky FN Olomouc **doc. MUDr. Miroslav Vaverka, PhD** provedl svou přednáškou jakýsi „průřez“ oborem neurochirurgie včetně nejmodernějších operačních postupů s akcentací dopadu těchto invazivních zásahů na kvalitu života pacientů a okrajově zmínil i etické aspekty plynoucí z neurochirurgických léčebných metod. **MUDr. Michal Kryl** (primář psychosomatického oddělení PL Šternberk), jenž odborný program moderoval, prezentoval dosavadní vývoj nově založeného oddělení pro psychosomaticky stonající klientelu včetně administrativních a byrokratických potíží plynoucích z vazby na zdravotní pojišťovny.

Účastníci si po skončení akce vesměs chválili přínos odborných sdělení, nové poznatky z jiných oborů i přátelskou atmosféru celé akce, jež by měla mít své pokračování zase napřesrok.

MUDr. Michal Kryl





OBRÁZEK 1: Z KONFERENCE VE ŠTERNBERKU



POLITIKA, KONCEPCE

SCHŮZE SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU, Z. S

Konané dne 25. 1. 2016 ve FN KV v Praze 10

1. Přomni: Hanousková N., Kačenová S., Lášková B., Růžičková H. Seidlová G., Šavlík J., Špačková G., Vondřich I., Vondřichová Z.
2. Výroční schůzi předsedkyně Z. Vondřichová zrušila pro nedostatečnou účast členů. Posléze svolala a zahájila novou výroční schůzi (viz stanovy). Výroční zpráva Sdružení pro psychosomatiku, z.s., kterou připravila předsedkyně Z. Vondřichová, byla schválena všemi hlasy.
3. Všemi hlasy byla schválena navrhovaná výše příspěvků. Příspěvek v roce 2016 bude činit 200,-Kč ročně. Členy vyzve k zaplacení D. Jandourková, výzva bude obsahovat i číslo účtu Sdružení, částku a způsob identifikace platby.
4. V tomto roce byly výdaje Sdružení 3.900,-Kč + 600,-Kč za webmastera. Účetní zprávu členové obdrží, až bude účetně zpracované hospodaření sdružení. Účetní zprávu sestaví D. Jandourková.
5. V odborné části přítomní členové diskutovali na téma Co se děje v psychosomatice. Sdružení pro antroposofickou medicínu pořádá víkendový seminář s názvem Psychosomatika. Přednášet bude Dr. med. CH. Schopper z Německa. Seminář se koná ve dnech 11. - 13. 3 2016. Ve stejném termínu pořádá diabetologická společnost v hotelu Belvedere v Praze 7 mezioborové setkání diabetologických týmů s názvem Bolest v diabetologické ambulanci. V rámci tohoto setkání se uskuteční přednášky na téma neuropsychických aspektů bolesti, psychosomatických aspektů bolesti a přednášky o psychoterapii v léčbě bolesti. Psychoterapeutické centrum Gaudia, Jeseniova 47, Praha 3 pořádá setkání dne 2. 2. 2016 od 18- 20 hodin na téma Spiritualita a etika v psychosomatické medicíně. Kontaktní osoba G. Špačková, tel.: 603 461 832. Hlásit se lze na tel. 242 487 327 či mailem info zavináč gaudia.cz.
6. N. Hanousková předběžně zajistila možnost domluvit se na stáži v Park Klinik v Bad Bergzabern v Německu, což je soukromé psychosomatické zařízení. Je třeba oficiálně kontaktovat vedení kliniky, navázat kontakt a domluvit se eventuálně na konkrétních podrobnostech. Zajistí I. Vondřich.
7. Proběhla výuka na 3. LF KV na téma Psychosomatika. Výuku mediků zorganizovala Z. Hánová a přednášeli členové Sdružení. Z. Hánová předběžně hodnotí výuku jako přínosnou a zaznamenala zájem a aktivitu studentů. Přípravuje se schůzka přednášejících, kde by mělo dojít k detailnějšímu zhodnocení celé akce a předběžné přípravě pokračování v roce příštím, pokud bude ze strany Lékařské fakulty a všech zúčastněných zájem.
8. G. Seidlová informovala o vydání Doporučených postupů na téma psychosomatika Společností všeobecného lékařství.
9. Z. Vondřichová informovala o článku J. Šimka v Supervizních listech na téma supervize u lékařů a reakcích na tento článek. Téma supervize ve zdravotnictví je



jistě velmi zajímavé téma, ale jak konstatovali přítomní, není zvykem, aby zdravotnická pracoviště jak případovou, tak skupinovou supervizi organizovala a ani o ni nemají zájem.

10. J. Šavlík doporučil nabídnout některým partnerům Sdružení přednášky, přednášející či jiné podobné aktivity.
11. Přítomní diskutovali knihu J. Klímové a M. Fialové Proč (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě?. Názory přítomných na knihu se lišily.
12. Přítomní projevíli zájem uspořádat neformální diskusi v kavárně na téma aktuální události v psychosomatice v termínu jaro 2016.

V Praze 26. 1. 2016

Zapsal I. Vondřich

PRACOVNÍ SKUPINA PRO VÝZKUM V PSYCHOSOMATICE

Nezbytnou součástí vymezení psychosomatiky jako samostatné disciplíny je rozvoj jejího vědeckého poznání. V zahraničí, především v německy hovořících zemích, má psychosomatika již svou mnohaletou tradici. Je uznávaným přístupem k léčbě nemocí a to mimo jiné i díky množství vědeckých poznatků. Jsme si vědomi nutnosti podporovat a prosazovat tyto aktivity i v rámci České republiky. Rozhodli jsme se proto založit pracovní skupinu pro výzkum v psychosomatice. Charakter skupiny odpovídá bio-psycho-sociálnímu pojetí nemoci a proto je jejím hlavním cílem multidisciplinární propojování odborníků.

Mezi naše hlavní cíle patří:

- 1) Systematicky podporovat rozvoj vědy a výzkumu v oblasti psychosomatiky
- 2) Monitorovat současné vědecké práce na téma psychosomatiky a informovat o nich na webových stránkách SPM
- 3) Propojovat odborníky z akademické oblasti s lékaři, psychology, fyzioterapeuty a psychoterapeuty a podporovat jejich spolupráci
- 4) Napomáhat financování výzkumných projektů v oblasti psychosomatiky a přispívat k její publicitě.

Mezi naše první cíle patří vytvoření přehledové studie o dosud realizovaných výzkumech v oblasti psychosomatiky v ČR. Druhým cílem je oslovit psychosomaticky orientovaná pracoviště a zjistit o jaké vědecké poznatky mají zájem, případně jakým tématům by se chtěli sami věnovat, zdali jejich pracoviště umožňuje případný sběr dat. Zpětná vazba bude pro nás inspirací nejenom pro nadcházející 16. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci.

Odkaz na dotazník: <https://docs.google.com/forms/d/17xTMWRjfV7qtHr-16APKkoOhka1CfeJS3oaoDuO2DE/viewform?c=0&w=1>



PETICE NA OBRANU NÁSTAVBOVÉHO OBORU PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Panu ministrovi zdravotnictví
MUDr. Svatoplukovi Němečkovi, MBA
Ministerstvo zdravotnictví
Palackého nám. 4
128 01 Praha 2

Začátkem února rozeslal odbor vědy a lékařských povolání Ministerstva zdravotnictví odborným společností České lékařské společnosti JEP **návrh úplného znění vyhlášky o nastavbových oborech specializačního vzdělávání lékařů k vnitřnímu připomínkovému řízení**. Psychosomatika, která se dostala do vyhlášky po usilovné práci řady lékařů teprve v r. 2014, v nově navrhovaném seznamu nastavbových oborů není.

Návrh byl pro další nedostatky prozatím stažen, ale je zřejmé, že potřeba nastavbového oboru psychosomatická medicína je u nás stále ještě podceňována. V Německu byl tento obor zaveden již v r. 1986 a také díky tomu je dnes psychosomatika povinnou součástí vzdělávání každého německého lékaře. Neustále rostoucí náklady na naše zdravotnictví významně zvyšují pacienti s chronickými neinfekčními chorobami a s medicínsky nevysvětlenými příznaky (MUS), které se bez rozvoje bio-psycho-sociálního přístupu ve zdravotnictví jen obtížně zvládají. Vzdělávání v psychosomatické medicíně umožňuje kvalitativní změnu v porozumění těmto poruchám a tím i v chování lékařů k pacientům. Na základě komplexnější znalosti bio-psycho-sociálního přístupu lékaři lépe rozpoznávají psychické a sociální kořeny stonání svých nemocných a místo zbytečných opakovaných vyšetření snadněji motivují pacienta k adekvátní psychosomatické léčbě. Vzdělávání v psychosomatické medicíně je také základem pro rozvíjení vysoce potřebné sítě psychosomatických týmů.

Nástavbový obor Psychosomatika není další úzkou specializací, ale právě naopak, rozvíjí vědomosti ze všech tří oblastí bio-psycho-sociálního přístupu. Více než 900 hodin teoretické přípravy, klinické praxe a supervize nelze směstnat do jednoduchého funkčního kurzu. Bio-psycho-sociálně definovaná a na vědeckých základech rozvíjená psychosomatická medicína je také nejlepší obranou moderní evropské medicíny před nejrušnějšími nabídkami, které jsou v rozporu s medicínskou vědou a před léčiteli a šarlatány, se kterými mnozí pacienti zbytečně ztrácejí čas ke škodě svého zdraví.

Vážený pane ministře, pokud novelou vyhlášky o nastavbových oborech specializačního vzdělávání lékařů zrušíte psychosomatickou medicínu jako nastavbový obor, vezmete naději až 40% všech pacientů v českém zdravotnictví na léčbu v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a neumožníte doplnění a rozvoj našeho zdravotnictví ve směru komplexního bio-psycho-sociálního přístupu.

V Praze, Liberci, Brně a Olomouci dne 3.3.2016

MUDr. Vladislav Chvála, Předseda odborné společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP

Na vědomí: prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA, předseda ČLS JEP
Mgr. Zbyněk Podhrázský, odbor vzdělávání Mz
Mgr. Rudolf Pisch, etická komise MZ



Tuto petici podpořili svým souhlasem tyto osobnosti (v pořadí, jak souhlasy přicházely)

Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
 PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
 MUDr. Ludmila Bartůšková, PhD., primář Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov
 Doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD., přednosta Ústavu všeobecného lékařství 1-LF UK v Praze
 PhDr. Karel Koblíček, předseda České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP
 Prof. PhDr. Michal Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
 MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
 MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
 Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., přednosta PK FN a LF UK v Plzni, vedoucí subkatedry psychosomatické medicíny IPVZ v Praze
 PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o. p. s. Liberec
 Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
 PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
 Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D., Rektor Pražské vysoké školy psychosociálních studií
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny 2. LF UK Praha
 Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., emeritní profesor klinické psychologie na katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
 Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Bergieshubel, Německo
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
 Doc. PhDr. Daniela Stackeová, PhD., VŠTVS Palestra Praha
 MUDr. Eva Růžičková, Klinika ESET, Praha
 Prof. MUDr. Ján Praško, CSc., LF UP Olomouc
 MUDr. Tomáš Kašpárek, PhD., náměstek pro vědu a výzkum FN Brno, přednosta Psychiatrické kliniky LFMU a FN Brno a Ústavu psychologie a psychosomatiky LFMU
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
 Senátorka doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc., senátorka Senátu ČR
 Prof. RNDr. Václav Hampl, Dr.Sc., senátor Senátu ČR



PRVNÍ ATESTACE Z PSYCHOSOMATIKY, NÁSTAVBOVÉHO OBORY PROBĚHLY!

Dne 30. 3. 2016 atestovalo prvních 10 lékařů nová ástavbový obor dle vyhlášky MZd 2015 částka 5. Zkouška probíhala na subkatedře psychosomatiky, kterou vede Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.



OBRÁZEK 2: NÁSTAVBOVÁ ATESTACE Z PSYCHOSOAMTIKY. ZLEVA DOPRAVA: MUDR. HÁNOVÁ, DOC. BERAN, PROF.PAPEŽOVÁ, MUDR.FÜRST, MUDR. MASNEER,MUDR. BARTŮŠKOVÁ, MUDR. FRIEDRICHOVÁ, MUDR.DANIELOVÁ, MUDR. KABÁT, MUDR.RYS A MUDR. CHVÁLA



MATERIÁLY K VALNÉ HROMADĚ SPM ČLS JEP 10.6.2016

ZPRÁVA O ČINNOSTI VÝBORU SPM ČLS JEP NA VALNOU HROMADU 10.6.2016

Výbor naší společnosti pracuje od svého zvolení 22. 4. 2014 a od minulé valné hromady v březnu 2015 ve složení:

MUDr. Chvála Vladislav (předseda), MUDr. Kabát Jaromír (vědecký sekretář), Mgr. Krulík Jan, MUDr. Masner Ondřej (2. místopředseda), MUDr. et PhDr. Poněšický Jan, Ph.D. (1. místopředseda), PhDr. Roubal Pavel, MUDr. Skálová Markéta, PhDr. Trapková Ludmila (pokladník), Mgr. et Mgr. Týkalová Jana. Sekretářka výboru: paní Radka Menclová

Revizní komise: Mgr. Jandourková Danuše (předsedkyně), MUDr. Šidáková Silvie, Doc. MUDr. Šimek Jiří, MUDr. Švarcová Iva.

Společnost má k dnešnímu dni 263 registrovaných členů. Hospodaříme s přebytkem, podrobněji viz zpráva revizní komise.

Výbor se schází pravidelně 1x měsíčně, 1x jsme se sešli na celý den k diskusi nad koncepčními otázkami. Pro některé z nich vznikly pracovní skupiny, jako je pracovní skupina pro **stanovy**, **kontakt se zahraničím**, pro **kódy výkonů v psychosomatice**, pro **etiku**, nově skupina pro **výzkum**. Zápisy ze schůzí jsou trvale k dispozici veřejnosti na webu společnosti www.psychosomatika-cls.cz a rozesílání zpravodaje z těchto stránek.

Na poslední valné hromadě v LD s malou účastí (38) sice byly projednány a schváleny stanovy společnosti, následně však jednání s vedením ČLS ukázalo, že námi připravené stanovy mají více nejasností. Sekretariát ČLS s právníkem Vackem navrhuje držet se vzorových stanov pro OS. V ČLS je například obvyklé, že etickou komisi vybírá a schvaluje z navržených kandidátů výbor OS. Taková etická komise není nezávislá na výboru, což podle našeho názoru ke své práci potřebuje. Proto navrhuje pro fungování SPM některé specifické změny do stávajících stanov a znovu je předkládáme shromáždění členů k diskusi a schválení. Současná verze stanov SPM byla projednána s právníkem i prezidiem ČLS. Pokud budou stanovy přijaty také shromážděním členů, může být zvolena pětičlenná nezávislá etická komise SPM z devíti navržených kandidátů. Jejich medailony jsme rozeslali všem členům SPM. Kromě této odlišnosti si chceme udržet paritní zastoupení odborností ve výboru společnosti, což také není v jiných OS obvyklé. Domníváme se, že to podporuje mezioborovou diskusi a prospívá to bio-psycho-sociálnímu konceptu zdraví a nemoci.

Při své práci výbor naráží na zoufalý nedostatek času každého z nás. Přesto se podařilo posunout některé formální a legislativní věci: v květnu 2015 vyšla náplň lékařského oboru psychosomatika ve Věstníku MZ/ 2015 částka 5, což je základní předpoklad k zařazení lékaře do oboru. 30. 3. 2016 proběhly první nástavbové atestace a byl tak položen oficiální základ oboru. Absolvent získá certifikát o zvláštní odborné způsobilosti.



Výbor oslovil všechny členy SPM s výzvou, aby se zajímali o možnost úplného vzdělání v psychosomatice. Zvláštní výzvu jsme poslali všem, kdo již v minulosti splnili podmínky vzdělávání IPVZ v psychosomatice a ukončili ho zkouškou u doc. Berana. Jde o to, abychom měli dostatek garantů dalšího vzdělávání. Bez garantů a bez akreditovaných pracovišť nejde v oboru oficiálně vzdělávat. Vyzvali jsme vedoucí pracovišť, aby se registrovali do sítě, jejíž základ jsme uveřejnili na webu SPM. Definovali jsme segment zdravotní péče, který chceme podporovat a garantovat. Tím je psychosomatická medicína vycházející z Engelova bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, který je dostatečně celostní. Nemůžeme se ujmout alternativních a komplementárních diagnosticko-léčebných systémů stojících na jiných předpokladech, pokud máme být bráni ostatní medicínou vážně.

Pokračovali jsme v navazování kontaktu se světem kolem nás, především s německou psychosomatikou. Výbor ICPM (International College of Psychosomatic Medicine, www.icpm.org) zvažoval uspořádat světový kongres psychosomatiky v Praze v r. 2019, ale nakonec vybral na svém jednání jako místo konání rakouský Salzburg s odůvodněním, že dosud nemáme svého zástupce v řídicích orgánech ICPM. Vedle světové organizace ICPM je na poli výzkumu v psychosomatice aktivní evropská organizace EAPM (European Association of Psychosomatic Medicine, www.eapm.eu.com). Zkoumáme další možnosti, k jaké nadnárodní organizaci se přidat: EAPM či ICPM? Náš zástupce, MUDr. Masner, se v létě 2015 zúčastnil konference EAPM v Norimberku a s ICPM se spojil korespondenčně. Po zvážení nákladů a benefitů se ukazuje vhodnější členství EAPM. Náš vstup do EAPM je předjednaný a může se uskutečnit, jakmile splníme podmínky vstupu: schválené stanovy a jejich překlad do angličtiny. Finanční náklady našeho případného členství v EAPM jsou 50 centů na jednoho člena v rámci skupinového členství nebo 70€/rok pro individuálního člena. Individuální členství není nutné, ale jen v takovém případě je možné odebírat časopis *The Journal of Psychosomatic Research*). SPM bude hradit účast svému zástupci na konferenci.

Uspořádali jsme další setkání s prof. Loewem z univerzity v Řezně. Věnovali jsme se tématu výzkumu v psychosomatice a ukázaly se naše dluhy. Bez výzkumu můžeme jen obtížně přesvědčovat ostatní, že používání bio-psycho-sociálního přístupu významně zlepšuje vyhlídky chronických pacientů na uzdravení. Potřebujeme podporu akademické obce.

Oslovili jsme výbory všech odborných společností ČLS JEP a požádali jsme je o informaci, zda se někdo v rámci jejich OS věnuje psychosomatice, a požádali jsme je o navázání spolupráce v oblasti psychosomatické problematiky. Jen 12 OS z celé ČLS zareagovalo a jen v jedné společnosti mají aktivní psychosomatickou sekci (dermatovenerologická OS). Výbory velkých oborů nemají o případných aktivitách svých členů v tomto směru žádné zprávy, nebo je nepředpokládají. Například v neurologii, která byla před léty psychosomatice nejvíce nakloněná, výbor společnosti důrazně možnosti psychosomatiky v oboru vylučuje, přestože známe jednotlivce- neurology, kteří se o psychosomatiku vážně zajímají. Je zřejmé, že ve vedení OS ČLS jsou často lidé, kteří se během svého studia na LF nemohli s psychosomatikou nebo psychoterapií setkat. Je proto nutné je pro rozvoj našeho oboru teprve získávat. Snad to změní mladá generace, která se zdá být lépe motivovaná rozumět psycho-sociálnímu kontextu nemoci.



Nedokázali jsme dosud prosadit číslo oboru psychosomatika, jak jsme navrhovali, ani pět výkonů v psychosomatice, které jsme podrobně rozpracovali a připravili ke schválení. Během roku jsme se jen začali orientovat v nepřehledném poli schvalovacích postupů. Protože komise pro nové kódy rozhoduje konsenzuálně, je to opravdu tvrdý oříšek, zvláště když většina členů komise má o psychosomatice jen zkrácené představy. Zmatení pojmů zvyšují problematické komerční přístrojové techniky, které jsou na trh prosazovány pod označením „celostní“ nebo „psychosomatické“. Ani radikální vystupování některých kolegů v médiích nám moc dobrou službu v řadách lékařů nedělají. Psychosomatika se dostává častěji do zorného úhlu veřejnosti, ne vždy v příznivém světle, jako v případě udělování titulu „Bludný balvan“.

Na druhé straně se významně zvyšuje poptávka laické veřejnosti po psychosomatické péči, kterou několik existujících seriózních pracovišť sotva může uspokojit. Nechceme vzdát snahu o prosazení kódů za psychosomatické ošetření. Trváme na tom, že somatizující pacienti musí být ošetřováni legitimně ve zdravotnických zařízeních za úhrady z povinného zdravotního pojištění.

Naším prvořadým úkolem je aktivní snaha o otevřenou komunikaci s hlavními medicínskými obory (interna, psychiatrie, ale i další) pro získání jejich podpory pro bio-psycho-sociální přístup v medicíně. Cílem je ukázat, že psychosomatický přístup je integrální součást moderní medicíny, který dominantní biologický přístup vhodně doplňuje o psycho-sociální složku ve prospěch pacienta. Daří se to například v dermatologii nebo ve všeobecném lékařství. Odborná společnost všeobecných lékařů přišla sama s návrhem vytvořit doporučený postup pro pacienty s MUS právě proto, že tyto pacienti nejčastěji končí v ordinacích VPL. Praktici mají nejlepší předpoklady vytvořit síť základní psychosomatické péče s porozuměním pro bio-psycho-sociální aspekty stonání svých pacientů. Potřebují však mít možnost odesílat ty nejobtížnější pacienty na specializovaná psychosomatická pracoviště. Psychiatrie není pro tyto pacienty vhodná, i kdyby se podařila reforma psychiatrie, která si dává za cíl vytvořit domy duševního zdraví. Soustřeďuje se na závažné psychiatrické případy a somatizační porucha či pacienti s MUS jsou na okraji jejího zájmu. Potřebujeme síť pracovišť s psychosomaticky orientovaným týmem, a také lůžková zařízení. Možná víte, že se u nás rozdíl od německých zemí lůžkovým zařízením s psychosomaticky zaměřeným programem nedaří. Buď je zlikviduje sám personál, protože je zde práce nezvykle náročná, nebo se do ní pustí pojišťovny a obětavé týmy kriminalizují například jen za to, že kombinují psychiatrickou lůžkovou péči a práci s tělem či fyzioterapií, jako se to stalo ve Šternberku nebo v Bílé Vodě.

Je jasné, že je toho ještě hodně před námi, než budeme moci říci: pracujeme dobře, psychosomatická péče je u nás dostupná pro většinu pacientů, kteří ji potřebují. Výbor na to sám nestačí, obáváme se, že nestačíme ani na to, abychom vás, členy společnosti získávali, informovali, zapojovali do řešení problémů. Buďte, prosím, aktivní, nenechávejte to jen na nás, na výboru.

V Liberci 11.5.2016

MUDr. Vladislav Chvála



STANOVY SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP, Z. S.

Evidenční číslo odborné společnosti: **1410**
Korespondenční adresa: Lékařský dům v Praze,
Sokolská 31
120 26 Praha 2

1. Základní ustanovení

Organizační složka Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP, z.s. (dále jen OS) je dobrovolné sdružení osob, které mají zájem pracovat v oblasti působnosti OS. OS je organizační složkou ČLS JEP, z.s. (dále jen ČLS JEP) bez právní subjektivity, je ve své odborné činnosti autonomní a nese za výkon své činnosti plnou odpovědnost. Poslání, cíle a formy činnosti OS jsou shodné s posláním a cíli ČLS JEP.

OS působí v oblasti psychosomatické medicíny

Hospodaření OS se řídí obecně závaznými právními předpisy a předpisy vydanými ČLS JEP a jejími orgány. OS hospodaří podle schváleného ročního rozpočtu.

2. Orgány OS

OS má tyto orgány:

- a. shromáždění členů
- b. výbor
- c. revizní komisi
- d. etickou komisi

OS si může zřizovat podle potřeby poradní orgány (např. Pracovní skupiny a komise).

Funkční období členů výboru, revizní komise a etické komise je čtyřleté, pokud shromáždění členů nerozhodne před provedenou volbou o zkrácení funkčního období.

ad a) Shromáždění členů

Shromáždění členů je nejvyšším orgánem. Právo účasti na jednání shromáždění členů má každý člen OS. Shromáždění je svoláváno výborem dle potřeby, zpravidla 1x ročně. Musí být svoláno vždy, požádá-li o to alespoň 1/5 všech řádných členů nebo požádá-li o to revizní komise a to do 3 měsíců ode dne doručení žádosti. Termín, místo konání a program shromáždění členů je povinen výbor zveřejnit nejpozději do 15 dnů před datem jeho konání. Nesplní-li výbor povinnost svolat shromáždění členů, je tak oprávněna učinit revizní komise OS. Nesplní-li tuto povinnost ani revizní komise OS nebo je-li OS několik měsíců zcela nefunkční, má právo svolat shromáždění členů OS revizní komise ČLS JEP. Shromáždění členů zejména volí a odvolává výbor, revizní komisi a etickou komisi, rozhoduje o délce funkčního období orgánů OS, rozhoduje o zřízení anebo zrušení nižších organizačních jednotek - sekcí a je oprávněno rozhodnout o jakékoliv otázce týkající se OS, kterou si k rozhodnutí vyhradí.



ad b) Výbor

Výbor je řídicím a výkonným orgánem OS, má 9 členů ve stálém složení, zastoupeným 3 lékaři somatických oborů, 2 psychiatry, 2 klinickými psychology a 2 fyzioterapeuty. Výbor je oprávněn rozhodnout o jakékoliv otázce OS, pokud její rozhodnutí není ve výlučné pravomoci shromáždění členů nebo revizní komise OS. O jiném počtu členů výboru rozhoduje shromáždění členů. Členové výboru volí ze svého středu předsedu, místopředsedu, hospodáře (pokladníka), případně další funkcionáře. Jednání výboru svolává předseda, místopředseda nebo jiný pověřený člen výboru. Výbor jedná zpravidla 1 x za měsíc. Z jednání výboru se pořizuje zápis, který musí být všem členům OS na základě jejich žádosti k dispozici (např. zveřejněním na internetových stránkách OS nebo zasláním elektronickou formou). Zápis výbor zasílá také sekretariátu ČLS JEP.

ad c) Revizní komise

Revizní komise je kontrolním orgánem OS, má tři členy. O jiném počtu členů rozhoduje shromáždění členů. Revizní komise si volí ze svého středu předsedu, který řídí její činnost. Revizní komise vypracovává nejméně jedenkrát ročně revizní zprávu. Předseda nebo pověřený člen revizní komise má právo účastnit se jednání výboru a dalších orgánů OS.

ad d) Etická komise

Etická komise je samostatným orgánem OS, má pět členů. O jiném počtu členů rozhoduje shromáždění členů. Etická komise si volí ze svého středu předsedu, který řídí její činnost. Úkolem etické komise je zejména vypracování etického kodexu, vyjadřování se a navrhování řešení ve vztahu k oznámením o etickém pochybení v praktikování psychosomatické medicíny, případně k etickým problémům s tímto oborem spjatým. Etická komise zpracovává nejméně jedenkrát ročně zprávu o činnosti. Předseda nebo pověřený člen etické komise má právo účastnit se jednání výboru a dalších orgánů OS.

3. Organizační členění

OS se může členit na nižší organizační jednotky – sekce.

4. Orgány sekcí

Sekce mají tyto orgány:

- a. členská schůze – která je nejvyšším orgánem sekce,
- b. radu – která je výkonným orgánem sekce. Rada si volí ze svého středu předsedu sekce.

Sekce si mohou zřizovat podle potřeby další orgány (např. revizní komisi, pracovní komise apod.)

Funkční období členů rady je čtyřleté, pokud členská schůze nerozhodne před provedenou volbou o zkrácení funkčního období. Funkční období orgánů sekce vždy končí nejpozději ke dni skončení funkčního období výboru OS.

Předsedové sekcí mají právo účasti s hlasem poradním na schůzích výboru OS.



5. Členství

Členství je:

- a. řádné
- b. čestné
- c. přidružené

ad a) Řádné členství

Řádným členem se může stát lékař, psycholog, psychoterapeut, fyzioterapeut nebo jiný pracovník ve zdravotnictví nebo spolupracujících oborech zabývajících se psychosomatickou medicínou, který souhlasí s posláním a cíli OS a zaváže se přispívat k jejich plnění.

Řádné členství vzniká schválením písemné přihlášky uchazeče výborem a zaplacením členského příspěvku do 2 měsíců ode dne oznámení o schválení přihlášky.

Členství zaniká úmrtím, dobrovolným vystoupením na základě písemného prohlášení a to dnem doručení, zánikem OS nebo vyloučením zejména pro neplnění členských povinností.

Člen má zejména právo:

- A. účastnit se činnosti OS,
- B. volit a být volen do orgánů OS,
- C. být informován o činnosti OS,
- D. obracet se svými požadavky, návrhy a stížnostmi na orgány OS,
- E. svobodně vyslovovat své názory, náměty a připomínky ve věcech činnosti OS,
- F. využívat pomoci a podpory OS v činnostech, vyplývajících z jejich poslání a cílů.

Člen má zejména povinnost:

- 1. dodržovat předpisy ČLS JEP a OS,
- 2. přispívat k naplňování poslání a cílů OS,
- 3. řádně a v termínu platit stanovené členské příspěvky,
- 4. řádně vykonávat svěřené funkce,
- 5. nečinit nic, co by bylo v rozporu se zájmy OS nebo co by poškozovalo dobré jméno ČLS JEP.

ad b) Čestné členství.

Čestným členem OS se může stát fyzická osoba (i nečlen ČLS JEP), která má mimořádné zásluhy o rozvoj v oboru psychosomatické medicíny. O udělení čestného členství rozhoduje výbor. Čestný člen má práva a povinnosti jako řádný člen. Pokud čestný člen není současně řádným členem ČLS JEP, nemá hlasovací právo, jeho hlas je hlasem poradním, nemůže volit ani být volen a neplatí členské příspěvky.

V závažných případech (např. poškození dobrého jména ČLS JEP) je možno čestné členství odejmout. Čestného členství je možno se vzdát a to písemným oznámením výboru OS.



Čestné členství může být uděleno i řádnému členu ČLS JEP. V tomto případě může výbor rozhodnout o prominutí úhrady členského příspěvku OS, nikoli však členského příspěvku určenému ČLS JEP.

ad c) Přidružené členství

Výbor může rozhodnout o přidruženém členství OS za podmínek stanovených v § 20 Stanov ČLS JEP.

6. Další ustanovení

Pro OS platí Jednací a Volební řád ČLS JEP schválený Sjezdem delegátů ČLS JEP dne 28.1.2015, doplněný o následující změny:

- a) v Jednacím řádu ČLS JEP v §1 bod 2 odst.b) o etickou komisi (viz. bod 2 odst. d) Stanov OS)
- b) ve Volebním řádu ČLS JEP v §2 bod 1 o etickou komisi v počtu pěti členů (viz. bod 2 odst. d) Stanov OS)
- c) o změnu ve začlenění termínu „etická komise organizační složky“ ve Volebním řádu ČLS JEP v §2 bod 5 ve větě: „Členové revizní a etické komise organizační složky a členové revizní komise ČLS JEP volí ze svého středu předsedu.
- d) ve Volebním řádu ČLS JEP v §3 o bod 3) „Člen etické komise organizační složky nesmí být současně členem výboru téže organizační složky“.
- e) ve Volebním řádu ČLS JEP §5 bod 1) doplnění o „ etické komise organizační složky“.
- f) ve Volebním řádu ČLS JEP §10 bod 1) doplnění o „ etické komise organizační složky“.

7. Závěrečná ustanovení

V případě rozporu těchto stanov nebo jiného předpisu OS se stanovami nebo jinými předpisy ČLS JEP, mají přednost předpisy ČLS JEP.

Tyto stanovy byly schváleny shromážděním členů dne a předsednictvem ČLS JEP dne

Dne

.....

předseda OS





KANDIDÁTI DO EK SPM (VOLBY 2016)

- MUDr. Romana Hronová (Praha)
- MUDr. Ivana Jirmanová (Praha)
- MUDr. Martina Mothejlová (Kladno)
- PhDr. Marie Pečená (Praha)
- PhDr. Blanka Pöslová (Pardubice)
- MUDr. Michaela Ročňová (Praha)
- Mgr. Hana Sladká (Dobřichovice)
- PhDr. Ingrid Strobachová, PhD. (Praha)
- Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. (Praha)

MEDAILONY:

MUDR. ROMANA HRONOVÁ

Pracoviště: Psychosomatická klinika Praha

E-mail: hronova.romana@seznam.cz

Jsem psychiatr, zabývám se individuální psychoterapií a supervizí, se specializací na balintovské skupiny pro praktické lékaře a lékaře somatických oborů. Pracuji integrativně se základem v psychoanalytické psychoterapii s důrazem na celostní přístup.

Pracovala jsem v PL H.Beřkovic, PL Bohnice, psychiatrické ambulanci, externě v Manželské poradně, na Lince důvěry, v Psychoterapeutickém středisku Břehová a nyní na Psychosomatické klinice a v soukromé praxi. 20 let jsem vedla výcvikové a terapeutické skupiny.

Mojí kvalifikací pro práci v etické komisi by snad mohla být profesní a životní zkušenost. Práce s pravidly je součástí psychoterapeutického procesu, nedogmatické a pružné hledání, stanovování a dodržování hranic je zárukou uzdravných procesů.



MUDR. IVANA JIRMANOVÁ

Pracoviště: Ordinance respiračních nemocí Praha 6, Psychosomatická klinika Praha 6

Specializace: Psychoterapie individuální, párová a skupinová, psychosomatika, pneumologie

E-mail: jirmanova@psychosomatika.cz

Odborný profil**Praxe:**

- 1992 – 1993 Pneumologická klinika 1.LF UK Praha
- 1993 – 1994 Interní oddělení VFN UK Praha
- 1994 – 2003 Pneumologická klinika 1.LF UK Praha
- 2002 – 2003 1.LF UK Praha, odborný asistent
- 2003 – 2006 Klinika plicní a hrudní chirurgie FN Na Bulovce
- od 2003 Ordinance respiračních nemocí Praha 6
- od 2006 Psychosomatická klinika Praha 6

Vzdělání, stáže, kurzy:

- 1983 – 1989 Fakulta všeobecného lékařství UK Praha
- 1995 Atestace z interního lékařství I. Stupně
- 1997 Odborná stáž: Klinika akutní medicíny a pneumologie v Providence, USA
- 1998 Atestace z tuberkulózy a respiračních nemocí
- 1999 Certifikát bronchologie
- 2004 – 2008 Pražská psychoterapeutická fakulta
- 2005 – 2010 Psychoterapeutický výcvik v komunitní a skupinové psychoterapii SUR
- 2009 – 2012 kurz IPVZ: Základní psychosomatická péče
- 2013 Funkční specializace ze systematické psychoterapie
- od 2012 - 2015 Psychoanalytický výcvik v párové a rodinné psychoterapii IPPART

Pracuji jako somatická lékařka s psychosomatickým přesahem v plicní ambulanci a zároveň na Psychosomatické klinice jako psychoterapeutka. Tyto doplňující se specializace, somato-psychická a psycho-somatická, mě často staví před etické problémy, které musím řešit v denní praxi. O tyto zkušenosti bych se chtěla opřít při práci v nově vznikající etické komisi psychosomatické společnosti.



MUDR. MARTINA MOTHEJLOVÁ

Pracoviště: ordinace praktického lékaře pro děti a dorost Kladno

E-mail: Martina.Mothejlova@seznam.cz



Jsem praktická lékařka pro děti a dorost a provozuji vlastní ordinaci v Kladně. Po studiu na 1. LF UK jsem pracovala 6 let na dětském oddělení Nemocnice Kladno a po atestaci z dětského praktického lékařství v několika soukromých ordinacích. Dva roky jsem externě učila na střední zdravotní škole. V letech 2009-2013 jsem pracovala jako pediatr v Dětském centru Kladno (dětský domov a centrum okamžité pomoci). Od roku 2012 poskytuji služby ve vlastní soukromé ordinaci.

Jsem somatická lékařka, nemám žádné psychologické ani psychoterapeutické vzdělání či výcvik. Absolvovala jsem 2letý kurz základní psychosomatické péče. S prací v etické komisi nemám dosud žádné zkušenosti.

PHDR. MARIE PEČENÁ

Pracoviště: Ordinace klinické psychologie a psychoterapie, Praha

E-mail: pecena@email.cz

Jsem klinická psycholožka s psychoterapeutickou atestací. Od r. 1995 mám soukromou praxi v nestátním zdravotnickém zařízení. Jsem spoluzakladatelka psychosomatické laboratoře v oboru gynekologie a porodnictví, která vznikla v lednu

1989.

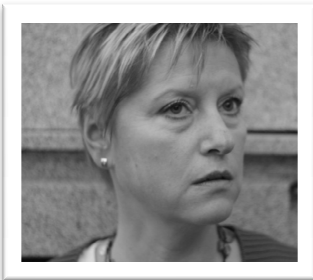
Dlouhodobě se zabývám etickými tématy v psychologii. V letech 2000-2004 jsem byla členkou první etické komise České psychoterapeutické společnosti a po skončení mandátu jsem pokračovala v neoficiální poetické skupině.

Mám zájem přispět svými zkušenostmi i v nově vznikající etické komisi psychosomatické společnosti.



PHDR. BLANKA PÖSLOVÁ

Pracoviště: Ambulance klinické psychologie a psychoterapie Pardubice



E-mail: poslova@psychologove.cz

Provozují soukromou ambulanci klinické psychologie a psychoterapie. Provádím vyšetření dětí i dospělých, diferenciální diagnostiku u psychosomatických onemocnění a posouzení osobnostního vývoje. Poskytuji individuální, rodinnou i skupinovou psychoterapii. Bližší na www.psychologove.cz

MUDR. MICHAELA ROČŇOVÁ

Pracoviště: Ordinance praktického lékaře pro dospělé, Revoluční 13, Šestajovice (u Prahy)



E-mail: michaela.rocnova@post.cz

Absolvovala 2. LF UK 1993, 2000 atestace vnitřní lékařství, 2005 atestace všeobecné praktické lékařství, 2004-2008 výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci.

Od roku 2005 pracuji ve své ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Nabízím pacientům, u kterých je to možné (neakutní případy a ti, kteří o to jeví zájem), pohled propojující jejich potíže a nemoci s jejich životem, hledáme společně cesty k uzdravení nejen klasickou medicínskou cestou.

MGR. HANA SLADKÁ

Pracoviště: CKP Dobřichovice

E-mail: hana.sladka@ckp-dobrichovice.cz



Jsem fyzioterapeutka v Centru komplexní péče Dobřichovice (od r. 2011). Na začátku každé terapie je pro mne důležité sdělení, se kterým klient přichází. Na základě tohoto sdělení a dřívějších či současných vyšetření pak upravuji použitou fyzioterapeutickou techniku, relaxační přístup, či se více orientuje na zvýšení fyzické zdatnosti (např. se zaměřením na sportovní aktivity klienta). Pracuji s dospělými a dětmi od tří let. Ve svém volném čase působím jako dobrovolný plavecký instruktor v KONTAKTU bB (od r. 2008). Jsem členkou

správní rady letos vzniklého Nadačního fondu Karla Lewita.



PhDr. Ingrid STROBACHOVÁ

Pracoviště: 2 LF UK – Motol. Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny, Soukromá ordinace, Praha 5, **e-mail:** ingrid.strobachova@seznam.cz

Specializace: Filosofie. Klinická psychologie (především psychosomatika) a dětská klinická psychologie, psychoterapie (zvláště u dětí a psychosomatických klientů).

K hlavnímu svému oboru, filosofii, jsem se do určité míry vrátila až po listopadu 1989. Do té doby jsem pracovala po rozšíření studia na jednooborovou psychologii jako dětská klinická psycholožka – a částečně tak pracuji stále. Filosofie je mi oporou v ordinaci a díky psychologii mám blíže ke klinice a medikům.

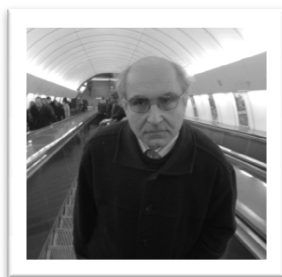
Celoživotní téma: hra, tělesnost, čas. (Hrála jsem závodně fotbal, aktuálně mariáš.)

Co mě těší je možno najít v malé knížce, která vychází z mé pozdní dizertace: „Hra, sen, báseň“.

A k tomu: 2 děti a aktuálně 4 vnoučata



DOC. MUDR. JIŘÍ ŠIMEK, CSC.



Pracoviště: Zdravotně sociální fakulta JU v Českých Budějovicích, Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích (UHP)

Absolvoval FVL UK v r. 1968, atestace z vnitřního lékařství a z psychiatrie. Do r. 1975 pracoval na interních pracovištích, 1975 – 1985 samostatný odborný pracovník ve Výzkumném ústavu psychiatrickém, téma psychoterapie, psychosomatika.

Od r. 1990 pracuje v oblasti lékařské etiky. Spolu s prof. RNDr. Helenou Haškovcovou založili při 3. lékařské fakultě Ústav lékařské etiky, který až do r. 2006 vedl. Od r. 2007 učí zdravotnickou etiku na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích

Od r. 1990 též psychoterapeutem Střediska psychoterapeutických služeb Břehová v Praze 1. Zakládající člen a tréninkový terapeut ČSPAP (Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii) od r. 1993.

Z publikací:

Šimek, J.: Lékařská etika. Grada Praha 2015

Šimek, J.: Psychosomatický fenomén. Psychosomatika z fenomenologické a filosofické perspektivy. Revue Psychoanal. Psychoter. 2012, 16:2, s. 57 – 69.

Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (Editoři): Psychosomatická medicína. Grada Avicenum Praha 1993.





PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH

LIBEREC 9.-11. 6. 2016

pavilon G TUL



SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP
KATEDRA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ A SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY PF TUL
INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI

pořádají ve dnech 9-11.6.2016

16. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI

Místo: Liberec, TUL pavilon G, Studentská 2

Informační server akce: www.psychosomatika-cls.cz



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) připravili 16. Konferenci psychosomatické medicíny tentokrát pro co nejširší odbornou veřejnost. Proto jsme pozvali zájemce o psychosomatickou problematiku ze všech klinických oborů, odborníky na psychosomatiku, lékaře, psychology a fyzioterapeuty, ale i další pomáhající profese, bez nichž nemůžeme dosáhnout plné bio-psycho-sociálně orientované péče. Potvrdil se předpokládaný zájem 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. Pozvali jsme také odborníky všech dalších oborů, psychiatry, neurology, internisty, kardiology, gastroenterology, rehabilitační lékaře, dermatology, revmatology, urology, alergology, pediatriy a pedopsiatriy, plicní lékaře, oční lékaře, otorhinolaryngology, gynekology, porodníky, ale i onkology, algeziology a gerontology, klinické psychology, psychoterapeuty ve zdravotnictví. My všichni se denně setkáváme ve svých ordinacích s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy a s chronickým průběhem nemocí u našich pacientů, na které neplatí běžné léčebné postupy. Takových pacientů v naší populaci stále přibývá. Psychosomatická medicína poskytuje těmto nemocným i jejich lékařům prostor, ve kterém je možné porozumět složitému bio-psycho-sociálnímu stonání. Prostor, ve kterém se pacienti mohou setkávat nejen s lékaři, ale i s psychology, psychoterapeuty, rodinnými terapeuty, fyzioterapeuty a dalšími odborníky. Je to prostor týmové spolupráce. Pojdte se na něm podílet. Podělte se o své zkušenosti s ostatními.

za přípravný výbor konference

MUDr. Vladislav Chvála, předseda





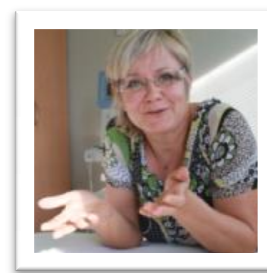
B. SEIFERT



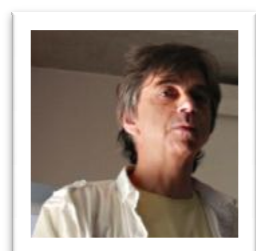
V. CHVÁLA



M. PODZIMEK



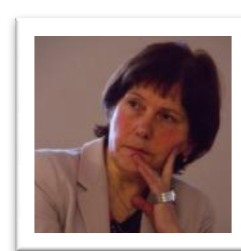
H. KALÁBOVÁ



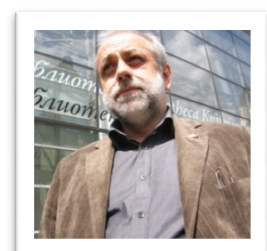
J. KABÁT



O. MASNER



L. TRAPKOVÁ



J. KNOP

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

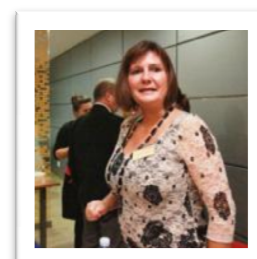
- MUDr. Vladislav Chvála
- MUDr. Jaromír Kabát
- PhDr. Helena Kalábová, PhD.
- Mgr. Jan Knop
- MUDr. Ondřej Masner
- PhDr. Ludmila Trapková

PROGRAMOVÝ VÝBOR

- Prezident konference: Doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD.
- Sekretář konference: MUDr. V. Chvála
- PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D
- MUDr. R. Honzák, CSc.,
- PhDr. I. Strobachová
- Doc. MUDr. J. Šimek, CSc.
- PhDr. L. Trapková
- P. Mgr. Et Mgr. M. O. Vácha, PhD.

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT

- Sekretářka paní Menclová
- Tel.: +420 485151398
- E-mail: menclova@sktlib.cz
- Informační server: www.psychosomatika-cls.cz





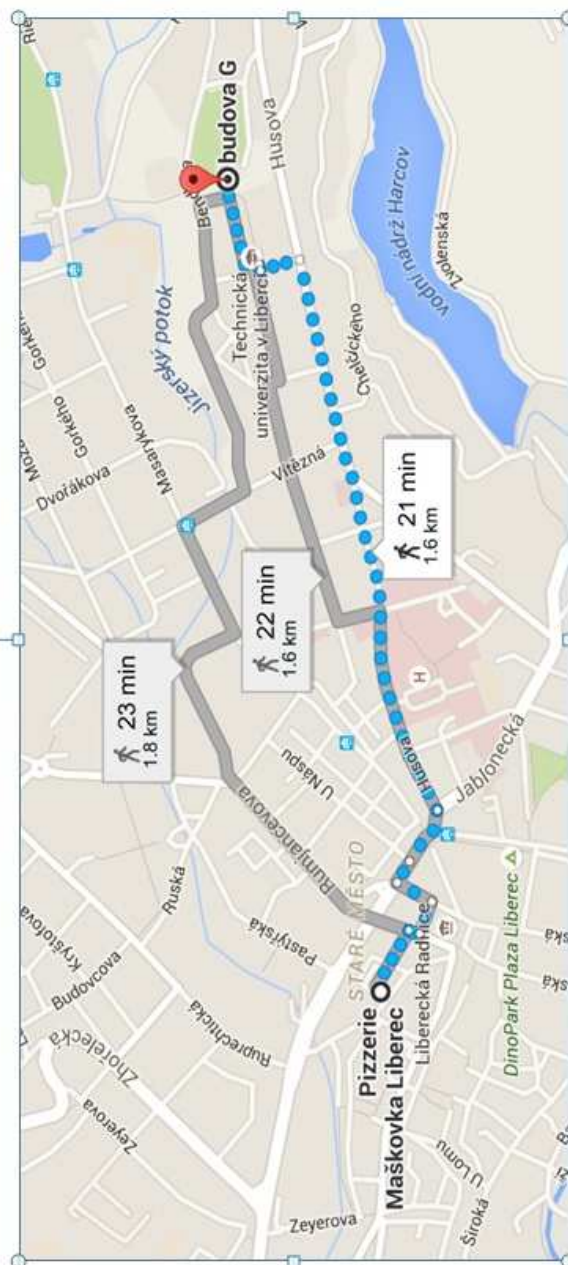
PÁTEK 10.6. 16. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY: PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH			
8:00-9:00	REGISTRACE		
9:00-10:30	AULA NEUROLOGIE	P14: Bušek P.: Psychogenní neepileptické záchvaty	20'
		P15: Bušková J.: Jsou poruchy spánku ještě psychosomatickým onemocněním?	20'
		P16: Kubát A.: Jóga v léčbě chronických bolestí zad – bio-psycho-sociální pohled	20''
		P17: Pruknerová J.: Zkušenost z neurologické ordinace. Kazuistika.	20'
10:30-11:00	PŘESTÁVKA		
11:00-11:30	AULA DIABETOLOGIE	P18: Lacigová S.: Psychosomatika v diabetologii- pohled diabetologa (20')	UČEBNÝ 1-3 WORKSHOPY
11:30-12:00		P19: Komorousová J., Brenkus P.: Diabetes- pohled psychiatra, psychologa, rodinných terapeutů... (20+10)	
12:00-12:30		P20: Gerlichová M.: Muzikoterapie- jedna z cest psychosomatického přístupu (20+10)	
12:30- 14:30	OBĚD		
14:30- 16:00	AULA ONKOLOGIE	P21: Pešek M.: Přístup úspěšných pacientů s pokročilými karcinomy plic k onkologické terapii. (20+10) P22: Novotný P.: Psychosociální vyšetření pacientů plicní kliniky (20+10) P23: Benešová L.: Zkušenost s onkologickým onemocněním (20+10)	UČEBNA 1 FILOSOFIE
			P24: Strobachova I.: Tělo a čas (20')
			P25: Podzimek M.: Problém moderního antropocentrismu (20')
		U2 WS	P26: Kalábová H.: Pohyb člověka jako patočkovský fenomén – společné území pomáhajících profesí (20')
U3 WS	P27: Irmíš F.: Spiritualita v psychosomatické medicíně: individuální bio-psycho-socio-spirituální vztahy (20')		
16:00-16:30	PŘESTÁVKA		
16:30-18:00	AULA	VALNÁ HROMADA SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS- PRO ČLENY SPM ČLS	
18:15-21:00	Raut v předsálí a koncert v aule: Zpívá AKCENT (http://www.akcentliberec.cz/cs/)		

n

PÁTEK 10.6.		16. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY: PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH	
8:00-9:00		REGISTRACE	
9:00-10:30	AULA NEUROLOGIE	P14: Bušek P.: Psychogenní neepileptické záchvaty	20'
		P15: Bušková J.: Jsou poruchy spánku ještě psychosomatickým onemocněním?	20'
		P16: Kubát A.: Joga v léčbě chronických bolestí zad – bio-psycho-sociální pohled	20''
		P17: Pruknerová J.: Zkušenost z neurologické ordinace. Kazuistika.	20'
10:30-11:00		PŘESTÁVKA	
11:00-11:30	AULA DIABETOLOGIE	P18: Lacigová S.: Psychosomatika v diabetologii- pohled diabetologa (20')	WORKSHOPY UČEBNÝ 13
		P19: Komorousová J., Brenkus P.: Diabetes- pohled psychiatra, psychologa, rodinných terapeutů... (20+10)	
		P20: Gerlichová M.: Muzikoterapie- jedna z cest psychosomatického přístupu (20+10)	
12:00-12:30		OBĚD	
14:30- 16:00	AULA ONKOLOGIE	P21: Pešek M.: Přístup úspěšných pacientů s pokročilými karcinomy plic k onkologické terapii. (20+10)	UČEBNÝ 1 FILOSOFIE
		P22: Novotný P.: Psychosociální vyšetření pacientů plicní kliniky (20+10)	
		P23: Benešová L.: Zkušenost s onkologickým onemocněním (20+10)	
16:00-16:30		PŘESTÁVKA	
16:30-18:00	AULA	VALNÁ HROMADA SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS- PRO ČLENY SPM ČLS	
18:15-21:00		Raut v předzáří a koncert v aule: Zpívá AKCENT (http://www.akcentliberec.cz/cs/)	



sobota 11.6.		16. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY: PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH	
9:00-9:30	AULA VÝZKUM	P28: Říháček T., Pavlenko P., Franke H.: Účinnost psychotherapie u psychosomatických poruch (30')	
9:30-10:00		P29: Hornová L, Fialová D.: Výzkum jako supervize (30')	
10:00-10:30		P30: Štackeová D., Javůrková V.: Vliv pohybové aktivity na kognitivní funkce u žen seniorského věku (30')	
10:30-11:00	PŘESTÁVKA		
11:00-11:30	AULA SPOLUPRÁCE TÝMY	P31: Jašková E.: psychosomatika v české dermatologii (20+10)	
11:30-12:00		P32: Kunterová O.: Psychosomatika jako podivný diskurz na pomezí kultur (20+10)	
12:00-12:30		P33: Chvátla V., Trápková L., všichni: Co ještě zbývá... až do konce	
12:30-13:00			
POSTERY	POSTEROVÁ SEKCE	Pos1: Irmíš F.: Stres pacienta v nemocnici	
		Pos2: Sedláková B., Hochman T.: Procesová práce se symptomy. Snění těla Postery vystaveny v předzáří po celou dobu konference. Diskuse s autory o přestávkách.	



ABSTRAKTA

(abecední řazení dle 1. autora)

P23	Lenka Benešová: Zkušenost s onkologickým onemocněním	85
P7	MUDr. B. Branná: Co pediatrovi přináší znalost psychosomatiky?.....	85
P14	MUDr. Petr Bušek, PhD.: Psychogenní neepileptické záchvaty	86
P15	MUDr. Jitka Bušková, PhD.: Jsou poruchy spánku ještě psychosomatickým onemocněním?.....	86
W10	Mgr. Klára Čížková, Bc. Helena Nová: Terapie pánevního dna – propojení fyzioterapie a taneční pohybové terapie - sebezkušenostní workshop	87
W8	PhDr. Vladimír Dvořáček: Snový obraz a snové tělesnění.....	88
P20	PhDr. Markéta Gerlichová, PhD.: Muzikoterapie – jedna z cest psychosomatického přístupu.....	88
P10	MUDr. V. Chvála, PhDr. L. Trapková: Význam sexuality v psychosomatické medicíně.....	89
P0	MUDr. Radkin Honzák, CSc.: Placebo – zasazení do správných souvislostí	89
P29	Mgr. Lucie Hornová, Mgr. Darina Fialová: Výzkum jako supervize.....	90
P27	MUDr. Felix Irmiš: Spiritualita v psychosomatické medicíně: individuální bio-psycho-socio-spirituální vztahy	90
POS1	MUDr. Felix Irmiš: Stres pacienta v nemocnici.....	91
W4	Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. et Mgr. Jana Týkalová, MUDr. Barbora Danielová a kol.: Výhody, nevýhody a úskalí práce v týmu aneb co nám v práci pomáhá a co nám ji komplikuje.....	92
P31	MUDr. Eva Jašková: Psychosomatika v české dermatologii.....	94
P13	MUDr. Kabát Jaromír: Má psychosomatika své místo v chirurgii?	94
P26	PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.: Pohyb člověka jako patočkovský fenomén – společné území pomáhajících profesí.....	95
P2	Prof. RnDr. Stan. Komárek: Hranice vědy aneb obtíže s tematizací emocí a hnutí mysli vůbec.....	96
P32	MUDr. Kunertová Olga: Psychosomatika jako podivný diskurz na pomezí kultur	96
W9	MUDr. Olga Kunertová, Bc. Gabriela Špačková, MUDr. Jan Kořenek: Jak pracovat s psychosomatickými klienty mezioborovým přístupem za pomoci mezioborového reflektujícího týmu.....	97
W5	MUDr. Michal Kryl: Hrátky se smrtí.....	97
P16	MUDr. Aleš Kubát: Jóga v léčbě chronických bolestí zad – bio-psycho-sociální pohled	98
P18	Doc. MUDr. Silvie Lacigová, PhD.: Psychosomatika v diabetologii - pohled diabetologa	99
P19	MUDr. Jana Komorousová, PhD., Mgr. Pavel Brenkus: Psychosomatika v diabetologii - pohled psychiatra, klinického psychologa a rodinných terapeutů.....	100
P8	MUDr. Helena Máslová: Psycho-gynekologie	101
P22	PhDr. Petr Novotný: Psychosociální vyšetření pacientů plicní kliniky	101
P25	PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D.: Problém moderního antropocentrismu	102



P3 Prof. MUDr. Pavel Pafko: Pohled starého chirurga na psychosomatiku v chirurgii	102
P21 Prof. MUDr. Miloš Pešek: Přístup úspěšných pacientů s pokročilými karcinomy plic k onkologické terapii	103
P17 MUDr. Jindra Pruknerová: Zkušenost z neurologické ordinace	103
P9 MUDr. Jiří Poněšický, FEBU: Psychosomatika v urologii	104
P6 MUDr. Michaela Ročňová: Praktik a psychosomatika	105
W2 MUDr. Gabriela Rybářová, MUDr. Jana Nyklesová: Psychosomatická intervence v interní ambulanci	105
P28 MGR. Tomáš Řiháček, MGR. Peter Pavlenko, PhDr. Helena Franke, PhD.: Účinnost psychoterapie u psychosomatických poruch	106
POS2 PhDr. Mgr. Barbora Sedláková, Mgr. Tomáš Hochman: Procesová práce se symptomy. Snění těla.	106
P5 Doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD.: Význam doporučeného postupu Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky pro všeobecné praktické lékaře a jejich pacienty.....	107
P12 MUDr. David Skorunka: Porucha na duchu nebo životní dilema? (P)	107
P30 Doc. PhDr. D. Stackeová, PhD., Mgr. V. Javůrková: Vliv pohybové aktivity na kognitivní funkce u žen seniorského věku.....	108
P24 PhDr. Strobachová Ingrid, PhD.: Tělo a čas.....	109
P4 Doc. MUDr. Jiří Šimek: Lékaři a supervize	110
P11 Mgr. et Mgr. Marek Orko Vácha, PhD.: Přírodní vědy a psychosomatika	111
W3 Ivan Verný, M.D. & Dipl. PW.: POP dílna: úvod do procesově orientovaného přístupu k symptomům	111
W7 Ivan Verný, M.D. & Dipl. PW.: POP klinika: demonstrace procesových intervencí v práci se symptomy účastníků nebo prostřednictvím supervizní práce se symptomy pacientů z praxe.....	111
W6a+ W6b Mgr. Zuzana Vlčinská: Prožitkové zpívání	112
W1 Mgr. Veronika Víchová: Autogenní trénink a strom života.....	113



P23 LENKA BENEŠOVÁ: ZKUŠENOST S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Lenka Benešová – kouč, lektor

Žila jsem na první pohled pohodový život a najednou jsem vážně onemocněla. To bylo v roce 2005. Začala jsem se ptát „proč“? Svůj příběh jsem detailně popsala v publikaci *Zachraň svůj život* autorů Prof. MUDr. M. Peška, CSc. a PhDr. P. Novotného. Jak jsem žila před onemocněním a jak žiji teď? Co mi nemoc dala a vzala? Co jsem pochopila a co mi pomohlo se uzdravit? Těmto a dalším otázkám se budu věnovat ve svém příspěvku. www.lenka-benesova.cz



P7 MUDR. B. BRANNÁ: CO PEDIATROVI PŘINÁŠÍ ZNALOST PSYCHOSOMATIKY?



Pediatrická praxe stejně jako jiné ambulantní provozy je pracovištěm, kterým denně projde velké množství pacientů (20 až 40) v podstatě za dopoledne. Klientela je pestrá jak věkem, tak problematikou, popřípadě etnikem. Léčím děti od kojeneckého věku po mladou dospělost, někdy léčím maminky a tatínky, někdy celé rodiny. To celé se děje ve velkém časovém presu. Pestrost nemocí za jedno dopoledne je veliká.

Kdybych srovnala hezkou spálovou angínu a nespecifické, často dlouhodobé potíže pacienta s možnou psychosomatickou problematikou, určitě časově náročnější by bylo vyšetřování druhé varianty. Angínu mám vyléčenou za 5 minut a týden (max. 10 dní, a jako diagnózu ji mám čím dál raději).

A tak se naskytá otázka – mám ráda i psychosomatickou etiologii potíží mých dětských pacientů, když se jí posledních deset let věnuji?

Co mne tedy vedlo k tomu, abych si rozšiřováním svých medicínsko-terapeutických znalostí tak komplikovala život? Proč jsem si dobrovolně vyrobila mnou pojmenovaný „Jiříkův“ syndrom?

Proč v medicíně i v životě funguje opět má oblíbená „T5F-teorie pěti faktorů“ a k čemu mi je její znalost?

A má všechna ta „zatím práce navíc“ nějaký profit, význam či smysl?

Nad těmito otázkami bych se s vámi ráda zamyslela.



P14 MUDR. PETR BUŠEK, PHD.: PSYCHOGENNÍ NEEPILEPTICKÉ ZÁCHVATY



S psychogenními neepileptickými záchvaty se lze v neurologické praxi setkat poměrně často, jejich prevalence je odhadována na 2–33/100.000. Tyto typy záchvatů je především třeba odlišit od genuinních epileptických záchvatů, neboť způsob léčby se zásadně liší. Psychogenní záchvaty se nejčastěji objevují v rámci disociativní poruchy. Základním vyšetřením v diferenciální diagnostice je video-EEG monitorace, nicméně řada anamnestických okolností, jež vyplývají z klinického pohovoru, chování pacienta i jeho způsob prezentace záchvatů, nás mohou vést k suspekci a často i k poměrně spolehlivé diagnóze psychogenních záchvatů. Scénáře, jakými k rozvoji psychogenních záchvatů dochází, jsou různé, nicméně nejčastěji se na jejich vzniku podílí chybné zpracování negativních emocí a anamnéza traumatické události. Léčba spočívá především v psychoterapii, nicméně velmi významným krokem k účinné terapii je důkladné a citlivé vysvětlení podstaty onemocnění pacientovi již neurologem, respektive epileptologem.

P15 MUDR. JITKA BUŠKOVÁ, PHD.: JSOU PORUCHY SPÁNKU JEŠTĚ PSYCHOSOMATICKÝM ONEMOCNĚNÍM?

Institut spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Ačkoliv jsou poruchy spánku definovány jako psychosomatické, stále častěji se ve spánkové medicíně setkáváme s poruchami spánku v důsledku polypragmatie, tj. za situace, kdy je pacient léčen větším množstvím léků či jejich nadměrnými dávkami a dochází k tzv. „overdose of good intentions“ (předávkování dobrými úmysly), až k rozvoji potenciálně nebezpečných stavů ve spánku. Je to problém, se kterým se nepochybně budeme setkávat stále častěji a jehož řešení úzce souvisí s návratem k celkovému pohledu na pacienta v dnešní superspecializované (nejen spánkové) medicíně. Autorka na několika kazuistikách ilustruje zásadní význam vzájemné komunikace lékařů-specialistů, ale i přínos „alternativních“ léčebných postupů, např. psychoterapie.



MUDr. Jitka Bušková, Ph.D. (neuroložka, s evropským certifikátem v oboru somnologie) se věnuje poruchám spánku, jejich diagnostice a léčbě. V letech 1998-2014 působila v Centru pro poruchy spánku a bdění na Neurologické klinice 1. LF UK v Praze, v letech 2009–2012 absolvovala výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch. V roce 2015 spoluzaložila Institut spánkové medicíny NÚDZ v Klecanech. jitka.buskova@nudz.cz.



W10 MGR. KLÁRA ČÍŽKOVÁ, Bc. HELENA NOVÁ: TERAPIE PÁNEVNÍHO DNA – PROPOJENÍ FYZIOTERAPIE A TANEČNÍ POHYBOVÉ TERAPIE - SEBEZKUŠENOSTNÍ WORKSHOP

Workshop bude praktickou ukázkou skupinových setkání zaměřených na terapii pánevního dna, které pravidelně probíhají v CKP Roseta. Během setkání propojujeme kreativní potenciál výrazového pohybu, kultivaci vědomí těla a fyzioterapeutické metody. Na našich terapeutických setkáních využíváme jak kreativní pohyb a hudbu, tak i jednotlivá cvičení, cílená na relaxaci a posílení svalů pánevního dna. Snažíme se propojit práci s tělem a s psychikou, což se ukazuje při terapii pánevního dna a potíží s ním spojených jako zásadní. K oblasti pánevního dna nepřistupujeme jako k oddělenému segmentu lidského těla, ale naopak se snažíme o celkové uvědomění celého těla a propojenosti jednotlivých jeho částí. Nedílnou součástí našich setkání je také edukace, snažíme se poskytnout bezpečné prostředí, kde ženy (pokud chtějí) mohou o svých potížích bez ostychu mluvit a brát si ze skupiny podporu. Praktická část workshopu bude doplněna diskusí a prostorem pro sdílení.

Bc. Helena Nová je fyzioterapeutka a pracuje převážně s dospělými a dospívajícími pacienty. V rámci fyzioterapie pracuje komplexně, společně s pacienty se snaží nalézt základní původ jejich obtíží a ten řešit. K jeho řešení využívá své znalosti, které získala praxí a vzdáváním v rámci kurzů. Při bolestech zad, hlavy a kloubů využívá koncept McKenzie diagnostiky a terapie. Dále využívá techniky měkkých tkání a mobilizací, metodu Ludmily Mojžíšové, metodu R. Brunkow, senzomotorickou stimulaci dle Jandy a Vávrové. Též se věnuje problematice poruch svalů pánevního dna a inkontinence moči.



Klára Čížková, Mgr. je taneční terapeutka a psychologka. Vystudovala jednooborovou psychologii na FF UK, výcvik v tanečně pohybové terapii pod záštitou American Association of Dance Movement Therapy. V současnosti je frekventantkou hlubinně-dynamického výcviku Rafael Institutu se specifickým zaměřením na problematiku psychotraumat. V minulosti pracovala s lidmi po poranění mozku. V současné době pracuje v Centru komplexní péče Roseta s klienty s psychosomatickým onemocněním, kde propojuje verbální terapii s tanečně pohybovou terapií a prací se sny. Vyučuje a publikuje v oblasti tanečně pohybové terapie, spolupracuje s pražskou HAMU. Svou zálibu v taneční improvizaci realizuje s přáteli a kolegy v projektu Taneční piknik, jehož je autorkou.



W8 PHDR. VLADIMÍR DVOŘÁČEK: SNOVÝ OBRAZ A SNOVÉ TĚLESNĚNÍ



Jedná se o prolínání archetypového přístupu ke snovému obrazu a Kelemanova tělesnění. Chtěl bych se podrobněji věnovat snovému tělesnění, a to jak popisem 4 kazuistik, tak aktuálně, se spontánním snivcem z pléna.

P20 PHDR. MARKÉTA GERLICHOVÁ, PH.D.: MUZIKOTERAPIE – JEDNA Z CEST PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU

Cílem příspěvku je prezentovat muzikoterapii jako platnou součást prevence a léčby psychosomatických onemocnění. Vycházíme z pohledu na člověka v bio-psycho-socio-spirituálním pojetí, protože právě působení hudby na člověka je významné a mnohovrstevné.

V tomto příspěvku se věnujeme především somatickým cílům v muzikoterapii. Prezentace je zaměřena na stručné představení oboru muzikoterapie, především v kontextu psychosomatického přístupu. Muzikoterapeuticky se lze zaměřit jak na prevenci, tak na léčbu. Preventivní muzikoterapii můžeme ilustrovat například při využití fenoménu rytmu při běžného životního tempa, k rozlišování – a zejména posilování vnímání – aktivního a klidového času, jeho využití a ukotvení. Pomocí muzikoterapeutických technik lze vést k tvorbě harmonie, pravidelné relaxaci a redukci stresových faktorů.

V terapii se zaměřujeme již na konkrétní obtíže; k tomu nám slouží například: trénink stability pomocí dynamické hudby u osob s poruchami rovnováhy; hra na hudební nástroje k vyjadřování konkrétních emocí a následné práci s nimi (tím lze snižovat napětí i na tělesné úrovni); muzikoterapeutická cvičení ovlivňující vertebrogenní obtíže; pomocí pěveckých technik terapeutických lze působit na dechové i gastrointestinální obtíže; pravidelná muzikoterapeutická cvičení v pomalém tempu vedou k snižování krevního tlaku i dalších projevů stresu.



V příspěvku budou zmíněny také aktuální muzikoterapeutické výzkumy, situace u nás, v Evropě i ve světě, muzikoterapeutické metody i příklady z muzikoterapeutické praxe (popř. doplněné videoukázkami).

Autorka, PhDr. Markéta Gerlichová, Ph.D., je muzikoterapeut, fyzioterapeut a speciální pedagog. Muzikoterapii se zaměřením na psychosomatickou problematiku praktikuje v Centru komplexní péče Roseta v Praze, ale



čerpá i ze své dlouhodobé (dvacetileté) klinické praxe s osobami po poranění mozku na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN a širokého spektra klientů ve vlastní terapeutické práci. Dále vyučuje studenty medicíny, fyzioterapie a ergoterapie na 1. LF UK. Vede víceúrovňové akreditované kurzy muzikoterapie a pracuje též jako muzikoterapeutický supervizor jednotlivců i skupin. Aktuálně studuje obor supervize na FHS UK. V roce 2009 a 2013 byla zvolena za ČR delegátem do Evropské konfederace muzikoterapeutů (EMTC). Pracuje v Radě CZMTA (Muzikoterapeutické asociace ČR). V posledních letech aktivně navštívila muzikoterapeutické praxe v Belgii, Turecku a Litvě a přednášela v Kanadě, Estonku, Litvě, Polsku, Turecku, Rakousku a Německu.

P10 MUDR. V. CHVÁLA, PHDR. L. TRAPKOVÁ: VÝZNAM SEXUALITY V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ

Stala se lidská sexualita natolik samozřejmým fenoménem, že přestala být zdrojem napětí a somatizace, jak ve svých pracích zachytili průkopníci psychoanalýzy? Přišel se zavedením všeobecné a spolehlivé antikoncepce na zemi ráj, nebo spíše peklo? Víme dnes o sexualitě našich pacientů tolik, že se už nemá cenu po ní ani ptát? Zkrátka, má sexualita ještě vůbec vliv na vývoj a udržování nemocí? Nad tím se zamysleme v naší přednášce, popřípadě ve workshopu.



P0 MUDR. RADKIN HONZÁK, CSC.: PLACEBO – ZASAZENÍ DO SPRÁVNÝCH SOUVISLOSTÍ



Porozumění tomu, čemu se s úšklebkem a opovržlivým tónem říká „placebo“, je jedním z podstatných požadavků pro porozumění umění medicíny. Ale i to, jak je tento pojem nesprávně používán a chápán, je jistou formou magie, která transmutuje velmi zajímavým způsobem nic v něco a naopak („něco mu přece musíme“ dát versus „placebová větev představuje jakési terapeutické nic“).

Placebo je ze své podstaty inertní látka, a je tedy naprosto logické, že inertní látka nemůže vyvolat v organismu žádnou reakci, protože je inertní. Asi těžko to bude pouhá sugesce, když dokáže prodloužit život myším trpícím onemocněním podobným SLE. Skutečnost, že placebo může být účinnější než aktivní lék, je výzvou jak ke studiu tohoto jevu, tak k jeho osvojení. A poslední výsledky, které ukazují, že při dostatečné délce studie se účinky



nových analgetik od placebo už významně neliší (a že by se nelišily mnohé minulé, pokud by studie běžely dost dlouho), naviklávají některé nesporné důkazy EBM. Když k tomu připočteme, že placebo by se správně mělo jmenovat ambulabo, stojí to všechno za (dvacetiminutové) zamyšlení.

P29 MGR. LUCIE HORNOVÁ, MGR. DARINA FIALOVÁ: VÝZKUM JAKO SUPERVIZE

Jako praktici chováme často skepsi k použitelnosti výsledků výzkumu v praxi. Zároveň si potřebujeme ověřovat, zdali naše práce dává smysl. Jestli naše zkušenosti a objevy z každodenní praxe mohou být sdíleny v kontextu odborné komunity. Potřebujeme mít ambici, že naše zkušenost může ovlivnit dění v oboru ve prospěch klientů. Učíme se od klientů, zároveň potřebujeme reflektovat, co jsme se vlastně naučili.



V době, kdy se „evidence based practise“ stává pro mnohé z nás sice neoddiskutovatelnou, ale spíše hrozbou, hledáme smysluplné odpovědi, a co víc, smysluplné otázky. Hledáme výzkum, který by nás „nezdržoval“, ale spíše nabízel využití v praxi.

Hledáme etiku výzkumu, která by nás nevedla ke kompromisům v etice naší práce s klienty. Hledáme etiku výzkumu, která by navazovala na naši zkušenost o užitečnosti systemického uvažování, otevřenosti terapeutickému procesu, o hodnotě příběhu na straně terapeuta i klienta („výzkumníka“ i „objektu“). Hledáme výzkum, který by reflektoval postmoderní způsob vědění. Odpovědí se zdá být spleť pojmů jako Practitioner research, action research, participatory research, collaborative-dialogical research, reflexive research atd.

V tomto příspěvku se pokusíme nabídnout orientaci v těchto pojmech a popíšeme zkušenost svého týmu s výzkumem v rámci přetížené praxe klinického psychologa.

P27 MUDR. FELIX IRMIŠ: SPIRITUALITA V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ: INDIVIDUÁLNÍ BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ VZTAHY

Člověk se vyrovnává s nemocí tělesně, duševně a duchovně. Duchovní rozměr přesahující biologický systém se nedá běžným způsobem měřit, což však neznamená, že s ním není propojen. Specialisté pracující v určitém medicínském oboru nevidí důležitost oborů sousedních. Tím méně duchovně humánní hledisko. E. Wilson dokonce píše: „Většina problémů, které denně znepokojují lidstvo, nemůže být vyřešena bez doplnění poznatků věd přírodních poznatků věd společenských a humanitních.“



Spiritualita (duchovnost) je odlišná od religiozity (nábožnosti), kterou se zabývají různé náboženské směry, i když mají mnoho společného. Duchovní pohled může zlepšovat stresové situace a vyrovnání s některými somatickými nemocemi. Zahrnuje schopnost ponořit se do transcendence, vnímat soucit, pokoru, etická hlediska. Rozvíjí hledání smysluplnosti i v těžkých životních situacích (logoterapie). Potřeba duchovní útechy je nyní spojena též s pojmem nemocničního kaplanství. V současnosti existuje řada populární literatury a směrů rozvíjející spiritualitu ve vztahu s psychosomatikou (pozitivní myšlení, etikoterapie, New Age, rodinné konstelace, kineziologie, reinkarnační terapie, psychospirituální krize, Jungova psychoterapie aj.).

Duchovní vývoj je individuální. Je závislý na duševním založení, výchově, osobnosti a temperamentu, společenství, kultuře, různých zátěžích, věku (Fowler). Orientační hledisko propracoval M. S. Peck ve 4 stádiích (chaoticko-autoritativní, formálně institucionální, skeptické, mysticko-komunitní). Z hlediska C. G. Junga a jeho třídění z hlediska extroverze a introverze je vnímání spirituality závislé na našem myšlení z hlediska racionálního (myšlení a smyslové vnímání) a iracionálního (cítění a intuice). Vzniká 8 skupin. Např. intuitivní introvert vnímá lépe archetypové a mytologické složky skutečnosti a má cit pro druhé. Přemýšlivý extrovert podrobuje činnost rozumovým závěrům, což vyústí v názory na sociální spravedlnost. Vnímání spirituality může být závislé i na temperamentově-konstitučním typu: reformátor Martin Luther byl pyknik, lehce maniodepresivní, uvolněnější v názorech, zatímco Jan Kalvín byl schizothymní, eticky přísný až fanatický idealista. Známe spiritualitu zdravé mysli (R. W. Emerson) oproti smutnému prožívání spirituality s citlivostí k utrpení (L. N. Tolstoj, F. M. Dostojevský). Lehký psychotismus podporuje některé rysy spirituality. Narušené svědomí pozorujeme u disociálních poruch osobnosti, ale též u zdravých deprivantů (Koukolík). Obsedantní jedinci hledají řád a vnímají lépe ezoterické a etické záležitosti než hysterické osobnosti, které mají z řádu strach. Depresivní jedinci, kteří mají obavy z izolace, inklinují k spiritualitě a náboženství, ale též k neurotickému pocitu viny. Jinak ovšem i v medicíně dominantní pozice jedince, poslušnost k nařízením autority, nedostatek času ovlivňují negativně naše chování k druhým a zčásti nás zbavují odpovědnosti. Empatické chování pak přetrvává jen u některých osobností.



POS1 MUDR. FELIX IRMIŠ: STRES PACIENTA V NEMOCNICI

V nemocnici jde o komunikaci nejen pacienta se zdravotnickým personálem, ale též pacientů mezi sebou. Lékaři zaměřeni na diagnostiku a léčbu si toto většinou neuvědomují.

Pacient na nemocničním pokoji se musí vyrovnávat s řadou situací (lékařské menší výkony, hygiena starých pacientů). V komunikaci mezi pacienty může docházet k různým konfliktním situacím. Někdo chce poslouchat televizi, druhého, těžce nemocného, to ruší.



Řada konfliktů je spojena též s otázkou otevřeného okna, zejména v zimě a v noci. Jsou „větrači“ a „nevětrači“. Jsou jedinci, kteří se lehce nachladnou, někdo nesnáší vydýchaný teplý vzduch. Sestry, lékaři, uklízečky otevírají spontánně okno („máte zde hrozný vzduch“), aniž by se starali o jeho zavření. Existují v menším procentu též jedinci, kteří jsou citliví na různé fyzikální podněty (osvětlení, pachy, hluk aj.). Individuální senzitivita, za kterou pacienti nemohou, není sledována a je pokládána za nepříliš racionální. Při primářské vizitě nemusí být ujasněny potíže pacienta, které sekundář nepokládá za důležité. Též proto, že pacient v různorodosti latinských výrazů (pro pacienta nejasných) není k upřesnění vyzván a sám se neodvážá mluvit. Pak je poslán na kontrolní vyšetření bez upřesnění a může být kontrolován na pouze zapsané potíže (např. RTG). Při rozdávání léků, do kterého jsou vedle sester zapojeny též zdravotní asistentky („žákyňky“), dochází někdy k nesprávnému výběru léků.

Pacient, který byl vyslechnut a cítí empatii lékaře nebo sestry, prožívá nemoc lépe a rychleji se uzdravuje. Při snížení empatie se zvyšuje fenomén dehumanizace. Dochází k zhoršenému vnímání pacienta (deindividualizace), nálepkování diagnózou (na pokoji leží žlučník a vedle plíce). Dehumanizace může mít ovšem někdy i pozitivní význam. Např. při operaci, kdy je třeba se soustředit na výkon.

W4 MGR. DANUŠE JANDOURKOVÁ, MGR. ET MGR. JANA TÝKALOVÁ, MUDR. BARBORA DANIELOVÁ A KOL.: VÝHODY, NEVÝHODY A ÚSKALÍ PRÁCE V TÝMU ANEB CO NÁM V PRÁCI POMÁHÁ A CO NÁM JI KOMPLIKUJE

Ve svém vystoupení bychom vás rádi seznámili s našimi pracovišti – Centrem komplexní péče Dobříčovice, Centrem komplexní péče Roseta a Centrem komplexní péče Sámova – jako pracovišti psychosomatickými.

Rádi bychom se zamysleli zejména nad tématem týmové práce v péči o naše klienty, a to jednak týmů vznikajících přímo na pracovišti, jednak týmů externích (kdy alespoň jeden z odborníků pečujících o konkrétního pacienta není zaměstnancem CKP). Chtěli bychom poukázat na výhody týmové spolupráce i na úskalí, se kterými se při práci s klienty vyrovnáváme.

Náš psychosomatický přístup k pacientům bychom vám chtěli přiblížit na několika kazuistikách.

Ve druhé části vystoupení bychom rádi vytvořili prostor pro otevřenou diskusi nad problematikou práce s psychosomatickým pacientem, výhodami a obtížemi práce jednoho odborníka nebo práce v týmu.

MUDr. Barbora Danielová

Studium medicíny absolvovala na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. Nejprve pracovala na



neurologických odděleních v Ústí nad Labem a v Nemocnici Na Homolce v Praze.

Ve své další praxi se již zaměřila rehabilitačním směrem a postupně pracovala v Praze v Domově sv. Karla Boromejského v Řepích, na Rehabilitační klinice FN Motol, na Rehabilitační klinice Malvazinky a na Rehabilitačním oddělení Vršovická zdravotní a.s. V CKP Dobřichovice pracuje od dubna 2015.

Absolvovala komplexní výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci.

V léčbě pacientů se snaží používat komplexní přístup. Za základ považuje klasické medicínské zhodnocení problému s navržením léčby, režimová a ergonomická opatření. V případě potřeby a zájmu se spolu s pacientem věnuje psychosociálním okolnostem onemocnění se zvážením možností jejich ovlivnění.

V CKP Dobřichovice vyšetřuje dospělé pacienty a větší děti (cca od 10 let) zejména s různými obtížemi pohybového systému, s bolestivými stavy, s neurologickými onemocněními. Účastní se komplexních psychosomatických vyšetření v týmu CKP.

Mgr. Danuše Jandourková

Pracovala jako porodní asistentka, a poté vystudovala jednooborovou psychologii na katedře psychologie FF UK v Praze. Pracovala jako klinický psycholog ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na klinice psychiatrické a také gynekologicko-porodnické, kde se zaměřovala na práci s onkologickými pacientkami, ženami, jež mají problémy s otěhotněním, ženami potrácejícími či těmi, kterým se narodilo dítě předčasně. Působila jako terapeut v programu Vícerozinné terapie pro léčbu poruch příjmu potravy.



Absolvovala pětiletý výcvik v hlubinně-dynamicky orientované skupinové psychoterapii, výcvik v Rodinné terapii psychosomatických poruch, kurz Práce s tělem v psychoterapii, kurz Práce s časovou osou, kurz Vícerozinné terapie.

V CKP Dobřichovice a CKP Roseta pracuje jako vedoucí psycholog, účastní se komplexních psychosomatických vyšetření.

Mgr. et Mgr. Jana Týkalová



Vystudovala fyzioterapii, jednooborovou psychologii a specializační tříleté studium speciální pedagogiky.

R. 2002 společně s MUDr. Jenšovskou založila a vybudovala zařízení CKP Dobřichovice. Zdravotnické zařízení již 14 let nabízí pacientům komplexní péči v oborech rehabilitační lékařství, fyzioterapie, psychologie a psychosomatika. Společně s MUDr. Jenšovskou, Mgr. Holubcovou a dalšími kolegy založila další dvě zdravotnická zařízení, která nabízejí stejný přístup pacientům v Praze – CKP Roseta a CKP Sámova. V současnosti je ředitelkou CKP Dobřichovice a CKP Roseta

v Praze. Je členem výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP.



P31 MUDR. EVA JAŠKOVÁ: PSYCHOSOMATIKA V ČESKÉ DERMATOLOGII

Byla jsem oslovena, abych popsala situaci v české dermatologii, co se týče psychosomatiky. Jako jeden z mála oborů má dermatologie již svou téměř třicetiletou tradici v psychosomatickém přístupu, a to hlavně díky docentce Pánkové z 1. kožní kliniky v Praze. Ta zde již dlouhé roky provozuje psychosomatickou ambulanci, pořádá doškolovací semináře s psychosomatickou problematikou v rámci akcí IPVZ a publikuje v dermatologických periodikách články s touto tematikou. Bohužel se letošní psychosomatické konference nemůže zúčastnit.

V rámci české dermatologické společnosti byla před 10 lety ustanovena psychosomatická sekce. Každé dva roky tato sekce pořádá celostátní konferenci. Pořádání konferencí se ujala primářka MUDr. Sellerová z Nemocnice v Novém Jičíně, která nám také zprostředkovává kontakt s evropskými psychodermatology. Jako členka Evropské společnosti pro dermatologii a psychiatrii se účastní kongresů pořádaných touto společností. Má letité zkušenosti se spoluprací s psychology u pacientů s atopickou dermatitidou.

V Opavě pořádá kožní oddělení spolu s psychology již 7. rok po sobě Psychosomatický den. Je určen nejen dermatologům, ale i široké lékařské, sesterské a psychologické komunitě. Snažíme se přinášet informace z psychosomatických konferencí v Liberci, z konferencí Emoce a medicína, zveme hosty, kteří nám psychosomatickou problematiku dále přibližují a předávají své zkušenosti. Na letošní konferenci máme v plánu seznámení s různými psychoterapeutickými směry, které nám psychologové v našem okolí mohou nabídnout.

Ve Slezské nemocnici v Opavě se nám podařilo zaběhnout bálintovské skupiny. Jednou za měsíc se pod vedením psycholožky ze sousední Psychiatrické nemocnice scházejí lékaři různých oborů, a pokud narazíme na společného pacienta, jsou naše různé pohledy a různé vnímání jeho problému přínosné pro nás navzájem. Snažím se na bálintovské sezení nalákat onkology, lékaře z ambulance bolesti, psychiatry, diabetology a další. Není to jen o dermatologii, i když se probírá třeba dermatologický pacient.

Navazujeme spolupráci s lůžkovým psychosomatickým oddělením primáře Kryla ve Šternberku, u těch pacientů, kde cítíme, že ambulantní terapie nepostačuje. Doufám, že se mi podaří mým nadšením pro psychosomatiku nakazit mladší kolegy. Zatím se mi to ale moc nedaří.

P13 MUDR. KABÁT JAROMÍR: MÁ PSYCHOSOMATIKA SVÉ MÍSTO V CHIRURGII?



Mohou psychosomatické koncepty nějak přispět zlepšení chirurgické péče? V určitých ohledech je chirurgie zvláštním oborem. Je definována výhradně způsobem terapeutického přístupu, nikoli orgánovým systémem, kterým se zabývá, nebo technikou kterou používá. Existuje-li pro nějakou nemoc, nebo její fázi náležitá operační léčba, je nemoc chirurgickým onemocněním a pacient je chirurgickým pacientem. Chirurgické



intervence jsou často chápány spíše ve smyslu opravy „triviálního stroje“, která je nutná vždy, když akutní chorobný proces vyžaduje přímý zásah k obnovení fyziologicko-fyzikálních procesů. Operace je ale jen jednou fází procesu chirurgické léčby. Neméně důležitá je i fáze indikace k operaci či fáze pooperační restituce. Na příkladech z klinické praxe je možné objevit, že psychosomatika hraje významnou roli ve všech fázích chirurgické terapie. V medicíně se ale plíživě prosazuje spíše určitý druh „outsourcingu“. Rovněž se upevňuje rozdvojení na medicínu pro duše bez těla a medicínu pro těla bez duše. Zjednodušující schematizace lékařské činnosti je na postupu a zastiňuje význam individuálních příběhů. Psychický rozměr však nemůže být ani v chirurgii vnímán jako to „cizí“, co do oboru nepatří, co je „nadstavbou“ která nenáleží chirurgům ale jiným odborníkům.

P26 PHDR. HELENA KALÁBOVÁ, PH.D.: POHYB ČLOVĚKA JAKO PATOČKOVSKÝ FENOMÉN – SPOLEČNÉ ÚZEMÍ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ



Člověk, existující v časoprostoru svého života, je v neustálém pohybu po životní cestě od zrození k horizontu – ke smrti. Krize, zákonitě přicházející v mnoha podobách, jsou spojené s nutností překonávat překážky, které přirozený a plynulý pohyb pozměňují.

Patočkův pobyt člověka, vztahující se k „referentu“ – zdroji smyslu životního pohybu, je nárokem odpovědi na přicházející výzvy, ale také určitým společným územím péče a pomoci pomáhajících profesí člověku, který se ocitl v situaci životních potíží. Přirozený pohyb je krizí pozastaven, často i znemožněn, což lze chápat jako problém ve vy-v-stávání, v ex-sistenci člověka, mnohdy se nacházejícího i v ohrožení života samotného. Z fenomenologického hlediska jde o setrvávání s omezenou možností pohybu a o problém v komplexu habituality. V patočkovském pojetí jsou referenty – domov, práce a boj a absolutno zdrojem životního pohybu, mající ontickou i ontologickou hodnotu. Komplexní přístup k člověku je velikým nárokem, ale i výzvou. V celé šíři svých aktivit pomáhající profese dvěma základními nástroji – řečí a rukou pečují o klienta, pacienta, žáka a společným cílem je obnovení zúženého habituálního pohybu do maximálně možné šíře s ohledem a respektem k autenticitě daného jedince.

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, (2008- dosud)



Zaměření pedagogické a publikační činnosti: filosofie, etika, antropologie, fenomenologie nemoci, krizová intervence v sociální práci, psychologické poradenství, supervize, práce s rodinou ve speciální pedagogice, kurzy a výcviky v rámci celoživotního vzdělávání v pomáhajících profesích.

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

P2 PROF. RNDR. STAN. KOMÁREK: HRANICE VĚDY ANEB OBTÍŽE S TEMATIZACÍ EMOCÍ A Hnutí MYSLI VŮBEC

Každý způsob uvažování a každý poznávací aparát má své meze, což vůbec nezlehčuje relevantnost poznatků jím získaných. Podle velikosti ok ve vržené síti nakonec vylovíme z moře buď plankton, nebo tresky, popř. vorvaně, ale nikdy toto všechno najednou. Aparát novověké vědy se bytostně nehodí k tematizaci emočních hnutí a mezilidských interakcí, ač jsoucnost a relevantnost např. zamilování či nenávisti bude sotva někdo popírat.



P32 MUDR. KUNERTOVÁ OLGA: PSYCHOSOMATIKA JAKO PODIVNÝ DISKURZ NA POMEZÍ KULTUR

Psychoterapeutické centrum Gaudia



O co psychosomatickým přístupům vlastně jde? O propojení? Zdůraznění toho, že i somatické nemoci mají psychickou složku? Nebo naopak? Psychosomatici mluví rovněž o celostním přístupu, přitom ale usilují o přijetí mezi evidence based postupy. Jde to vůbec dohromady?

Naše západní (evropské, okcidentální) přemýšlení je založené na oddělování věcí, objektivaci a objektivizaci, oddělení já od ty a on nebo oni, člověka od boha, myšleného od uskutečněného, a také psychického od tělesného.

A proto se ptám, co je psychosomatika za podivný diskurz? Do které kultury vlastně patří? Odvolává se na tisícileté zkušenosti pramenící z mytologie Orientu, usiluje o jednotu ducha a těla, a přitom se snaží dostat požadavkům evidence based medicine, čímž původní myšlenku de facto popírá.

Nabízím malé zamyšlení nad diskurzy, které jsou, mluvíme-li o psychosomatice, ve hře, nad tím, jak se tyto diskurzy projevují v našem přístupu k pacientům, k sobě samým, ke kolegům apod., a nad tím, jaké mají důsledky. Na závěr chci nabídnout nějaké alternativní pohledy a možnosti.



W9 MUDR. OLGA KUNERTOVÁ, Bc. GABRIELA ŠPAČKOVÁ, MUDR. JAN KOŘENEK: JAK PRACOVAT S PSYCHOSOMATICKÝMI KLIENTY MEZIOBOROVÝM PŘÍSTUPEM ZA POMOCI MEZIOBOROVÉHO REFLEKTUJÍCÍHO TÝMU



Psychosomatický přístup považujeme za mezioborový. Jeden člověk není odborníkem na vše a člověk je natolik složitý systém, že na něj to platí víc než kde jinde. V Centru Gaudia Praha jsme se proto rozhodli založit poradnu pro psychosomatické klienty a jejich rodinné příslušníky, kde tento mezioborový přístup nabízíme.

V rámci poradny mohou pacienti využít odborníky se zaměřením na psychiku, somatiku a práci s tělem jednotlivě, ale také jako reflektující tým, který pracuje s pacientem jako celek. Součástí psychosomatické poradny jsou psychoterapeuti, psycholog a psychiatr, somatický lékař a body terapeuti.

Práce s reflektujícím týmem:

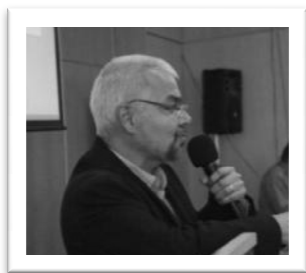
Práce s reflektujícím týmem přímo v sezení je v systemicky orientované terapii běžnou praxí. Většinou jde o kolegy terapeutů, kteří jsou do sezení s klientem přizváni, aby vnesli do procesu nové impulzy, tipy a náhledy, ale také ocenění dosavadních změn.

V rámci naší psychosomatické poradny jsme tento pomocný terapeutický nástroj rozšířili a kromě kolegů terapeutů přizvali také další odborníky z jiných profesí, kteří se zabývají lidským zdravím a společně mohou klientovi nabídnout širší psychosomatický fokus na jeho potíže a pomoci mu s jeho řešením a léčbou.

Odborníci nabízejí a klient si vybírá, co nejlépe zapadá do jeho vlastního konceptu nemoci.

Na workshopu si účastníci budou moct prakticky vyzkoušet práci v týmu na modelovém případě.

W5 MUDR. MICHAL KRYL: HRÁTKY SE SMRTÍ



Anotace: Praktický seminář zaměřený na tělesnění existenciálních témat osamění, ztrát a smrti. Frekventanti projdou během cvičení třemi fázemi, během nichž mohou zakusit odraz expozice existenciálních tématům nejen v duševní, ale i v tělesné rovině. Cvičení není vhodné pro účastníky potýkající se s akutní ztrátou.



P16 MUDR. ALEŠ KUBÁT: JÓGA V LÉČBĚ CHRONICKÝCH BOLESTÍ ZAD – BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ POHLED



Chronické bolesti zad jsou obvykle definovány jako bolesti trvající déle než 12 týdnů; specifická příčina bolestí zad se nachází jen u méně než 15 % všech pacientů s bolestí zad.

Waddell (1) ve své práci Nová klinická metoda pro léčbu bolestí dolních zad z r. 1987 vychází z Engelova bio-psycho-sociálního modelu nemoci. Deklaruje zde potřebu lepšího porozumění biomechanickým principům ve vztahu ke klinickému stavu individuálního pacienta. Doporučuje rozlišovat známky chování v nemoci od známek vlastního fyzické poškození a léčit „stonání“ (illness), ne „nemoc“ (disease) nebo jen samotnou bolest.

Současný pohled na chronické bolesti zad rovněž potvrzuje jejich multifaktoriální etiologii. V recentní publikaci prof. Opavského z r. 2011 Bolest v ambulantní praxi (2) jsou faktory podílející se na chronicitě bolestí zad rozděleny na biologické, psychologické a sociální. Biologické faktory jsou dále členěny na biomechanické (strukturální změny), biochemické a imunitní a neurofyzilogické (např. svalové nebo poruchy senzomotoriky). Z psychologických faktorů jsou důležité zj. distress, deprese, katastrofizace, strach z bolesti, coping či prožívání nepříznivých životních událostí. Ze sociálních faktorů pak zj. nižší sociální status, nespokojenost se zaměstnáním, neuspokojivé partnerské či rodinné vztahy, ale i vztah lékař – pacient.

Tento přístup k chronickým bolestem zad se odráží i v léčebných doporučeních. Např. americká Klinická doporučení pro nefarmakologickou léčbu akutních a chronických bolestí dolních zad z r. 2007 (3) založená na rozsáhlém seznamu klinických a přehledových studií doporučují pro léčbu chronických bolestí zad: kognitivně-behaviorální terapii, cvičení, manipulace páteře a interdisciplinární rehabilitaci; jako doplňkové metody pak akupunkturu, masáže a jógu.

Jóga je zmiňována i v aktuálním českém doporučení pro všeobecné praktické lékaře u pacientů s tzv. MUS (Medically Unexplained Symptoms), jak se označují takové somatické symptomy, které existují již několik týdnů, přestože je adekvátní lékařské vyšetření dostatečně nevysvětlilo (4). Chronické nespecifické bolesti zad pak můžeme zařadit mezi středně těžké MUS, v jejichž léčbě se doporučují zj. aktivní léčebné metody jako aktivní fyzioterapie, kondiční cvičení, jóga, relaxace, psychoterapie, rodinná terapie, úprava životosprávy.

Na základě dostupných výzkumů o zdravotních účincích jógy vypracovala Evans v r. 2009 (6) model biopsychosociálních účinků jógy. Podle tohoto modelu má jóga pozitivní vliv na fyzické systémy muskuloskeletální, kardiopulmonální, endokrinní i autonomní nervový. Do psychických účinků zahrnuje zlepšení nálady, spánku a vnímání celkové kvality života, zmírnění stresu, mírnění bolestí. Mezi sociální efekty by se daly zařadit zlepšení copingu a vnímání vlastní účinnosti, všímavost, porozumění a empatie. Všechny oblasti se samozřejmě vzájemně ovlivňují.

Přehledový článek Hilla z r. 2013 (7) shrnuje výsledky 4 randomizovaných klinických studií zkoumajících vliv jógy na bolesti zad a uvádí, že: 1. Jóga se jeví jako efektivní



nástroj v léčbě chronických bolestí zad, ale na základě současných limitovaných evidence-based studií je možné ji doporučit k diskusi jako jednu z možností léčby tam, kde ostatní metody selhaly. 2. Je žádoucí provedení dalších studií efektivity jógy zj. v porovnání s dalšími léčebnými postupy.

Jak konstatuje Groessl v r. 2015 (8), jóga je multidimenzionální metoda a ovlivňuje zdraví různými způsoby. Většina výzkumů nepopisuje adekvátně jednotlivé použité komponenty jógy, takže je obtížné porovnávat jednotlivé studie a zároveň i porozumět relativnímu účinku specifických aspektů jógových intervencí. V současné době jeho tým připravuje k publikaci nový nástroj pro výzkum – Essential Properties of Yoga Questionnaire (EPYQ) – který by měl pomoci mj. ve výběru vhodných komponent budoucí jógové intervence, v určení jejich relativní účinnosti a objasnění mechanismu účinku.

Tento nástroj by dle našeho názoru mohl pomoci zlepšit naše pochopení účinků jógy ve zmiňovaném bio-psycho-sociálním kontextu. Proto bychom ho rádi využili i v našich výzkumech připravovaných v rámci Fakulty tělesné kultury UP Olomouc na téma Jóga v léčbě pacientů s chronickými bolestmi zad a Jóga v prevenci stresu u zdravotnických pracovníků.

MUDr. Aleš Kubát

Od r. 1988 do r. 1996 pracoval jako posádkový lékař a kromě všeobecné atestace si stihl udělat i kurzy akupunktury, myoskeletální medicíny a homeopatie. R. 1996 nastoupil na neurologii ve Vojenské nemocnici Olomouc a svým způsobem se musel nasměrovat více „biomedicínsky“ (atestace, EEG, EMG), nicméně v letech 2012–2014 absolvoval kurz Základní psychosomatické péče. R. 2015 absolvoval kurz instruktora jógy, sám jógu praktikuje pravidelně asi 10 let. A právě propojení neurologie, psychosomatiky a jógy se chce věnovat v následujících letech.

P18 Doc. MUDr. SILVIE LACIGOVÁ, PHD.: PSYCHOSOMATIKA V DIABETOLOGII - POHLED DIABETOLOGA

Diabetologické centrum, I. interní klinika LFUK a FN Plzeň

psychiku nemocných, jejich okolí, ale i zdravotníků. Psychická nepohoda zhoršuje kompenzaci diabetu a naopak, zhoršená metabolická kompenzace negativně ovlivňuje psychiku nemocných. Situace nebyla lhostejná mé předchůdkyni, paní profesorce Jindřišce Perušičové, která v roce 2000 založila Psychologickou sekci při České diabetologické společnosti. V roce 2007 jsem převzala její iniciativu. Na začátku jsem si vytyčila tři cíle, ne všechny lze považovat za splněné.

- Začlenění psychiatrické (psychologické, psychoterapeutické) péče o pacienty s diabetem do Národního diabetologického programu. (*Současný stav: specialista-psychiatr resp. psycholog stále není členem diabetologického týmu.*)
- Druhým cílem bylo vytipování odborných ambulančí (pracovní název „Pevný Bod“), kam by mohl nemocný s diabetem a psychickými problémy dojít, být vyšetřen a léčen. Cílem bylo pokrytí území celé České republiky. (*Současný stav:*



velkým úsilím se podařilo „získat“ přes 30 takových Pevných Bodů. Bohužel jen malá část z nich je diabetology resp. přímo pacienty využívána.)

- Třetím cílem bylo pořádat každoročně jedno velké dvoudenní celostátní setkání diabetologických týmů s odborníky z řad psychiatrů, psychologů nebo jiných specialistů. *(Současný stav: splněno na 100 %! V letošním březnu proběhne již 9. ročník. Semináře mají vždy jedno nosné téma. Někdy je zaměřen čistě na problémy nemocných – hypoglykémie, potíže s dodržováním diety, potíže s dodržováním pravidelného pohybu. Jindy je věnován nám, poskytovatelům zdravotní péče, např. jak nevyhořet, jaké jsou právní otázky při jednání s nemocnými. Velmi žádaná jsou témata zaměřená na umění komunikace s problematickými nemocnými. (přehled všech ročníků na www.diab.cz).*

Po mé spíše teoretické přednášce bude následovat mnohem zajímavější sdělení „plzeňských Pevných Bodů“, MUDr. Jany Komorousové, PhD a Mgr. Pavla Brenkuse, jimž patří velký dík plzeňských diabetologů a jejich pacientů.



doc. MUDr. Silvie Lacigová, Ph.D. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta a FN Plzeň, 1. interní klinika, Diabetologické centrum, internista, diabetolog. Pracuje v Diabetologickém centru I. interní kliniky FN Plzeň a na LF UK. Léta se zabývá diabetickou neuropatií, klinicky i odborně. Je autorkou řady publikací zaměřených na toto téma. Jako členka výboru České diabetologické společnosti (ČDS) je spoluautorkou doporučených postupů diagnostiky a léčby diabetické neuropatie. Od roku 2007 má na starosti psychologickou sekci při ČDS, která každoročně pořádá mezioborová setkání diabetologických týmů s odborníky z řad psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů. Posledním tématem v roce 2016 byla bolest v diabetologické ambulanci (březen 2016).

P19 MUDR. JANA KOMOROUSOVÁ, PHD., MGR. PAVEL BRENKUS: PSYCHOSOMATIKA V DIABETOLOGII - POHLED PSYCHIATRA, KLINICKÉHO PSYCHOLOGA A RODINNÝCH TERAPEUTŮ

Psychiatrická ambulance Plzeň



MUDr. Jana Komorousová pracuje jako psychiatr, dětský psychiatr a rodinný terapeut na ambulanci v Plzni. Mgr. Pavel Brenkus je klinický psycholog a rodinný terapeut na ambulanci a na Neurologické klinice FN v Plzni.



P8 MUDR. HELENA MÁŠLOVÁ: PSYCHO-GYNEKOLOGIE

Hubené dívky bez menstruace, ženy s paralyzující bolestí na začátku menstruace, ženy po čtyřicítce, co mají silné profuzní menstruační krvácení, ženy neplodné a ženy potrácející, to jsou pacientky, pro které má klinická gynekologie v nabídce hormonální preparáty, kyretáž či IVF asistenci. Většinou se tyto ženy v ordinaci praktického gynekologa nedočkají ani otázky na partnerství či kvalitu života. Dlouholeté zkušenosti z praxe dokazují, že je možné psychosomaticky ovlivnit endokrinní release okruhy, které řídí svou vlastní aktivitu na základě negativních a pozitivních zpětnovazebných mechanismů. Např. pokud tuková tkáň nedodá do okruhu leptin, nespustí se kaskáda vedoucí k menstruaci. Je tedy obrovskou chybou léčit amenoreu mentální anorektičky hormonální antikoncepcí. Psychogynekologie se snaží někdy až detektivním pátráním zjistit etiologii hormonální nerovnováhy, nepřiměřené imunitní reakce či ztráty hostitelského mateřského instinktu a nabídnout neinvazivní řešení.

**P22 PHDR. PETR NOVOTNÝ: PSYCHOSOCIÁLNÍ VYŠETŘENÍ PACIENTŮ PLICNÍ KLINIKY**

PhDr. Petr Novotný vystudoval klinickou psychologii a psychofyziologii na FF UK.

V Onkologickém bloku představí rakovinu jako masový sociální problém (v roce 1988 170 tisíc onkologicky léčených v ČR, v roce 2013 512 tisíc léčených, což je nárůst ve stovkách procent) a i jako nemoc takzvaně hodných lidí, k čemuž doloží mj. zkušenosti, které získal společně s onkologem prof. MUDr. Milošem Peškem, CSc. prostřednictvím psychosociálního vyšetření nemocných z Plicní kliniky v Plzni. Psychosociální charakteristiky těchto nemocných podněcují k hypotéze, že se na rakovinu umírá i ze stejných důvodů, kvůli nimž se už nechce žít, a že onkologičtí nemocní lpějící jen na klasické léčbě a v podstatě odmítající psychosociální korekce lpějí obdobně i na psychosociálních příčinách vzniku svého onemocnění (viz M. Pešek, P. Novotný: Zachraň svůj život, Dialog 2013). Další informace se dotknou negativních vlivů dětství, přerůstání dětských nemocí do závažnějších nemocí dospělých a možných vlivů dětského strádání při formování onkologické osobnosti (viz P. Novotný: Příliš chytré nemoci, Dialog 2015).



P25 PAEDDR. ICLIC. MICHAL PODZIMEK, TH.D., PH.D.: PROBLÉM MODERNÍHO ANTROPOCENTRISMU

Příspěvek akcentuje zásadní problém provázející člověka od prahu moderny až po současnou postmodernu, kterým je pojetí antropocentrismu, fragmentující univerzum na pouhé utilitární zdroje pro jinak sebestředného člověka. Tento na rozličných úrovních viditelný nesoulad člověka s jeho životním prostředím pak úzce souvisí s celou řadou psychosomatických otázek a problémů, které by bez tohoto pojetí antropocentrismu byly marginální, nebo by nebyly vůbec. Příspěvek tedy krátce analyzuje hluboký obrat v západním myšlení, který stojí v kořeni těchto otázek. Následně pak na pozdně moderních antropologicko-filosofických konceptech ukazuje možné východisko, akceptovatelné i postmoderní majoritou. V závěru pak autor představuje určitou metodiku návratu k holistickému přístupu skrze hledání smyslu života. Perspektivy hledání jsou zde nabídnuty v duchu V. I. Frankla s poukazem, že právě franklovská metoda stále čeká na své objevení a aplikaci do psychosomatické problematiky jako takové.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
TU v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Studentská 2, 461 17 Liberec 1
e-mail: michal.podzimek@tul.cz

tel. +420 603 324 397

2005-dosud – Katedra Filosofie a od 2014 i Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, pověřený vedením katedry. Dále poradce v Akademické poradně a centru podpory.

Zaměření pedagogické a publikační činnosti: filosofie výchovy, filosofická antropologie, etika, teologie a spiritualita, oborová didaktika občanské výchovy a základů společenských věd. Od r.1997 – dosud – duchovní (ŘmK církev).

P3 PROF. MUDR. PAVEL PAFKO: POHLED STARÉHO CHIRURGA NA PSYCHOSOMATIKU V CHIRURGII



Na základě více než padesátileté zkušenosti autor zdůrazňuje význam psychosomatického přístupu k chirurgickému nemocnému. Je zřejmé, že mladý lékař, ve snaze obsáhnout daný obor, mu věnuje veškerou energii a nemá čas se zamýšlet nad psychickým a sociálním rozměrem stonání svých pacientů.

Z průzkumu názoru studentů 6. ročníku všeobecného lékařství například vyplývá, že vlivu psychosociálních faktorů na vznik a průběh onemocnění není věnována téměř žádná pozornost.

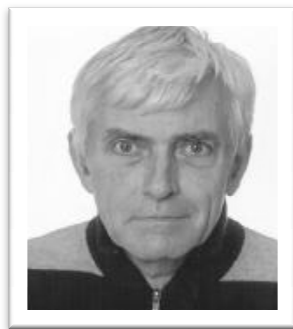


Přesto není možné přehlédnout, že i v chirurgii se psychický stav nemocného výrazně podílí na výsledcích léčení.

Moderní institucionalizovaná medicína neprospívá vztahu lékaře a pacienta.

Autor vidí dva podstatné kroky, které by mohly vést ke změně současného stavu: rozšíření výuky psychosomatiky na lékařských fakultách a vytvoření dostatečného prostoru ve zdravotnickém systému k realizaci těchto nových znalostí a dovedností.

P21 PROF. MUDR. MILOŠ PEŠEK: PŘÍSTUP ÚSPĚŠNÝCH PACIENTŮ S POKROČILÝMI KARCINOMY PLIC K ONKOLOGICKÉ TERAPII



Nemocní s pokročilými stadii karcinomů plic měli donedávna prakticky bez výjimek očekávanou délku života od stanovení diagnózy méně než 1 rok. Z více než 6500 nemocných s nově stanovenou diagnózou tohoto onemocnění každoročně jich 40–50 % přichází k lékaři s pokročilým onemocněním ve stavu, kdy již aktivní onkologická léčba nemůže být podána. Většinou nemocných chybí aktivní přístup k diagnostice a k terapii jejich závažného onemocnění.

V poslední době se častěji setkáváme s nemocnými, kteří díky moderním léčebným postupům žijí řadu let s normální kvalitou života. V této skupině dlouhodobě úspěšných pacientů se častěji setkáváme s nemocnými, kteří vykazují odlišný přístup k nemoci samé i k jejímu léčení, než je tomu u většiny pacientů neúspěšných.

Autor prezentuje kazuistiky úspěšných pacientů a zdůrazňuje pozitivní specifika přístupu nemocných k zhoubnému onemocnění a k doporučené léčbě. I když je účinná moderní onkologická léčba hlavní příčinou léčebných úspěchů, na dlouhodobých remisích či na vyléčení těchto nemocných se nepochybně podílí i jejich pozitivní přístup k nemoci a adherence k léčení.

Prof. MUDr. Miloš Pešek, CSc.

Klinika pneumologie a ftizeologie LF UK a FN Plzeň

P17 MUDR. JINDRA PRUKNEROVÁ: ZKUŠENOST Z NEUROLOGICKÉ ORDINACE.

Pacientka AS narozená r. 1968 se dostavila 1. 10. 2007 do neurologické ambulance pro chronickou bolest bederní páteře, předchozí rehabilitační péče byla bez výraznějšího efektu. Potíže hodnotila jako trvalé, lehké intenzity se zřetelným zhoršením při pohybu. Na rentgenovém snímku LS páteře byly popsány degenerativní změny. Objektivní neurologický nálezn byl v normě, bez výrazného bloku bederní páteře. Bylo doporučeno doplnit USG břicha a gynekologické vyšetření, se kterými pacientka souhlasila, sdělila, že je ještě virgo. Pacientka byla instruována o nutnosti provádění sestavy cviků k posílení zádoových svalů.



Při kontrole 20. 10. 2007 nemocná přináší výsledky ultrazvuku břicha i gynekologického vyšetření, obojí bylo v normě. Potvrzuje, že pravidelně cvičí, avšak bolesti bederní páteře trvají bez zlepšení, analgetika ale neužívá. Odeslána na rehabilitaci k instruktáži cviků.

16. 11. 2007 se subjektivní stav nezlepšil, pacientka pravidelně cvičila včetně organizované fyzioterapie jedenkrát týdně. NMR LS páteře neprokázala výhřez. Klientka informována o možnosti podílu psychického napětí na potížích. Při rozboru širší anamnézy následně sděluje, že pochází ze zemědělské rodiny s pěti dětmi. Popisuje nepřiměřenou fyzickou zátěž v dětství, musela se starat o domácí zvířata. Se sourozenci nemá dobré vztahy – vyčítají jí, že odešla od rodiny do města. Pacientce byla nabídnuta možnost psychotherapeutické péče, kterou se rozhodla si nejprve rozmyslet, objednána na kontrolu za 6–8 týdnů.

Dostavila se až 4. 4. 2008. Sama otevřela téma složitých vztahů s rodiči a sourozenci. Opět jí byla nabídnuta možnost psychotherapie, se kterou nyní souhlasila.



V listopadu 2010 při telefonickém objednání na kontrolu sdělila, že nemá žádné potíže, přesto trvá na kontrole. Při ní popsala, jak rok docházela na psychotherapii, psycholožkou jí bylo navrženo několik způsobů péče, z nichž si vybrala psychotherapeutický pobyt v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Líčí zlepšení vztahů se sourozenci, oceňuje podporu ze strany své gravidní sestry, která se pacientce dokonce svěřila, že sama docházela na psychotherapii.

P9 MUDR. JIŘÍ PONĚŠICKÝ, FEBU: PSYCHOSOMATIKA V UROLOGII

Privátní urologická praxe Královské Vinohrady, Psychiatrická nemocnice Bohnice

Urologie je medicínský obor zabývající se diagnostikou a konzervativní i chirurgickou léčbou onemocnění ledvin, močových cest a mužských pohlavních orgánů. Tak jako v jiných medicínských oborech i zde se setkáváme s diagnostickými jednotkami, u kterých podíl psychických a sociálních faktorů má pravděpodobně významný vliv na rozvoj onemocnění. Do určité míry je možné něco takového tvrdit téměř o každé nemoci. Demonstrovat psychotherapeutickou problematiku napříč oborem by však bylo nad rámec sdělení. Samostatnou kapitolou jsou sexuální dysfunkce. I jejich léčba je často v rukou urologů, provázanost psychického a tělesného je v této oblasti bez diskuse, předpokládám však, že toto bude předmětem specializované přednášky. Soustředit se chci převážně na několik okruhů, které tvoří podstatnou část klientely v ordinaci urologa. Z nich podle mého názoru nezanedbatelnou část tvoří nemocní, jimž by větší důraz na psychotherapeutický přístup v jejich léčbě mohl být ku užítku. Jde jednak o diagnózu chronického zánětu prostaty, nověji zařazovaného pod širší syndrom chronické pánevní bolesti (CPPS), dále o různé non-neurogení mikční dysfunkce, typicky například syndrom hyperaktivního močového měchýře. Nabízí se i zmínka o pacientkách s recidivujícími infekcemi



močových cest. Aktuální verze doporučených postupů Evropské urologické společnosti (EAU Guidelines) pro léčbu CPPS uvádí, že kombinace fyzikální a psychosociální léčby může vést k nejlepším výsledkům u pacientů obou pohlaví. Takové postupy však zatím ve zdejší urologické obci nedoznaly širšího uplatnění.

P6 MUDR. MICHAELA ROČŇOVÁ: PRAKTIK A PSYCHOSOMATIKA



Pohovořím o své zkušenosti práce v ordinaci praktického lékaře, o možnostech používání psychosomatického pohledu a rozhovoru s pacientem. Pro které pacienty (a pro které lékaře) je vhodná psychosomatika? Stejně jako chirurg se musí nad otevřenou ránou rychle rozhodnout, zda orgán odoperuje, praktik musí za velmi krátkou chvíli podle minimálních ukazatelů rozlišit, kdy rozvíjet hovor dál do šířky a kdy zůstat zakotven v klasické medicíně, úzkém doporučeném postupu a nevykračovat do individuálních hledání specifík stonání daného

pacienta. V běžném provozu totiž není možné se takto věnovat každému, ale u vybraných pacientů má tato cesta nesrovnatelně lepší výsledky, tedy uzdravení pacienta, a investovaný čas se nám pak několikanásobně vyplátí.

W2 MUDR. GABRIELA RYBÁŘOVÁ, MUDR. JANA NYKLESOVÁ: PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE V INTERNÍ AMBULANCI

Interní lékař, a nejen ten, má ve své ambulanci jen velmi krátký čas na každého svého pacienta. Lze vůbec v takto nastaveném trendu, rutinně vyměřené chvíli, která si nárokuje obsáhnout seznámení s pacientem, problémem, který ho přivedl, základním vyšetřením a rozvahou nad příčinou potíží, zhodnocením a následným navržením léčebného postupu, a navíc ještě zahrnout v diferenciální diagnóze i neorganické příčiny? Je správné, je to žádoucí nebo spíše nepatřičné či v té chvíli komplikující, vnímat pacienta jako člověka v celém jeho osobním, interpersonálním, společenském a kulturním kontextu? Máme na to čas? Patří to do cíleného interního vyšetření? Na kazuistikách klasických interních pacientů s hypertenzí, palpitacemi a metabolickým syndromem se chceme s vámi zamyslet, zda tomu není obráceně. Že k úspěšné kauzální terapii je právě potřeba tento pohled vzít jako



volbu přístupu, nehledat jen diagnózu, ale i její příčinu. Že pacient má naopak právo slyšet informace o příčinách a možnostech svého stonání či symptomu v rámci souvislostí. A jak je někdy obtížné pro nás, tušící souvislosti a toužící po vedení terapeutických kroků dle našeho nejlepšího svědomí, respektovat vlastní volbu pacienta k zvolenému způsobu léčby. Na



závěr se zamyslíme nad důležitostí slov, s nimiž pacienta vyprovodíme z ordinace na cestu domů.

**P28 MGR. TOMÁŠ ŘIHÁČEK, MGR. PETER PAVLENKO,
PHDR. HELENA FRANKE, PH.D.: ÚČINNOST PSYCHOTERAPIE U
PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH**

Příspěvek podá zprávu o současné situaci na poli výzkumu účinnosti psychotherapeutických intervencí u pacientů s psychosomatickými poruchami. Konkrétně se zaměří na shrnutí výsledků existujících studií, na přehled používaných výzkumných designů a metod a na návrh dalších směrů výzkumu.



Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D., je psycholog a psychotherapeut. Působí jako odborný asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychotherapie. Patří mezi zakladatele Centra pro výzkum psychotherapie, které od jeho vzniku koordinuje. Publikoval řadu

teoretických a výzkumných studií v českém i mezinárodním kontextu. Mimo to má privátní psychotherapeutickou praxi a působí též jako výcvikový lektor. Kontakt: tomas.rihacek@gmail.com



PhDr. Helena Franke, Ph.D., je psycholožka. Absolvovala Výcvik v rodinné terapii psychosomatických onemocnění v Liberci. Pracuje jako školní psycholožka na soukromé ZŠ, provozuje privátní poradenskou praxi a vyučuje psychologii na Akcent College. Dlouhodobě se zapojuje do výzkumu v oblasti dětské vývojové psychologie, rodičovství a rodiny. Je koordinátorkou pracovní skupiny pro výzkum psychosomatiky při SPM ČLS. Kontakt: helena.franke@psychosomatika.cz



**POS2 PHDR. MGR. BARBORA SEDLÁKOVÁ, MGR. TOMÁŠ
HOCHMAN: PROCESOVÁ PRÁCE SE SYMPTOMY. SNĚNÍ TĚLA.**

Poster účastníky seznámí s tím, jak Procesová práce nahlíží na symptomy, jak s nimi pracuje a jak může přispět do oblasti současné psychosomatiky. Budou prezentovány základní aspekty procesové práce, koncept snícího těla, pohled na akutní a chronické symptomy a nástroje pro práci s nimi. Poster představí také užitečné meta-dovednosti



terapeuta. Účastníci se seznámí se základním rámcem procesové práce a možnostmi jejího specifického využití při práci s psychosomatickými klienty. Tento přístup se u nás teprve rozvíjí, zatímco ve světě již má svou tradici.

PhDr. Mgr. Barbora Sedláková

Psycholožka ve zdravotnictví, pracuje v psychiatrické nemocnici. Je studentkou diplomovaného programu Procesové práce v ČR a postgraduálního programu Klinické psychologie na UP v Olomouci. Dlouhodobě se zajímá o práci s tělem a pohybem v psychoterapii, krizovou intervenci, seberozvoj a tanec.



Mgr. Tomáš Hochman

Psycholog. Pracuje jako psycholog ve zdravotnictví v ambulanci sféře. Je studentem diplomovaného programu Procesové práce v ČR. Zajímá se o hudbu a metody sebepoznávání.



P5 Doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD.: VÝZNAM DOPORUČENÉHO POSTUPU PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY A LÉKAŘSKY NEVYSVĚTLITELNÉ PŘÍZNAKY PRO VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘE A JEJICH PACIENTY.

Chci mluvit o tom, jak tento DP vyplňuje mezeru v dosavadním portfoliu doporučených postupů Společnosti VL ČLS JEP, doplňuje (alespoň částečně) vzdělávání praktických lékařů, jakou roli může sehrát v podpoře jejich postojů a klinických přístupů a výsledně v kvalitě péče o pacienta.



P12 MUDr. David Skorunka: PORUCHA NA DUCHU NEBO ŽIVOTNÍ DILEMA? (P)

PSYCHOSOMATICKÁ PERSPEKTIVA A PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP V AMBULANTNÍ PSYCHIATRII.

Příspěvek je věnován vlastní aplikaci psychosomatické perspektivy v ambulanci psychiatrické praxi. Autor příspěvku klade důraz na bio-psycho-sociální pojetí v psychiatrii a na psychoterapeutický přístup, jež považuje za klíčové pro terapeutickou



spolupráci s pacientem a jeho rodinou v psychiatrické ambulanci. Bio-psycho-sociální pojetí spolu s psychoterapeutickým přístupem autor považuje za nezbytné také pro koordinovanou a efektivní spolupráci s dalšími odborníky v systému péče o duševní zdraví. V příspěvku budou zmíněny zkušenosti s různými formami interdisciplinární spolupráce v rámci lokálních možností ambulantní praxe. Kromě vlastních klinických zkušeností autor zmíní stručně několik postřehů ze současné kritické psychiatrie a z neurověd s ohledem na diskutovanou a odkládanou reformu psychiatrie a systému péče o duševní zdraví v České republice.

MUDr. David Skorunka, Ph.D., Psychiatr, psychoterapeut, rodinný terapeut

Pracoviště:

Ústav sociálního lékařství Lékařská fakulta v Hradci Králové
 Psychiatrická ambulance Rychnov nad Kněžnou
 Absolvent Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Postgraduální studium v oboru sociální psychologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy Univerzity v Brně, které v roce 2008 zakončil složením státní doktorské zkoušky a obhajobou disertace na téma Narativní přístup v psychoterapii; pohled klienta a terapeuta. Odborný asistent Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, externí lektor katedry psychologie Fakulty sociálního lékařství Masarykovy Univerzity v Brně.



Klinické praxi se věnuje v psychiatrické ambulanci v Rychnově nad Kněžnou, kde spolupracuje s psychologickou ambulancí, pobočkou o.s. Péče o duševní zdraví a působí zde též jako externí konzultant-psychiatr pro oblastní nemocnici.

Zajímá se o rodinnou terapii, využití systemické a narativní perspektivy v medicíně, zejména v psychiatrii, a o problematiku psychosomatické medicíny.

P30 DOC. PHDR. D. STACKEOVÁ, PHD., MGR. V. JAVŮRKOVÁ:

VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA KOGNITIVNÍ FUNKCE U ŽEN

SENIORSKÉHO VĚKU

Výzkum v oblasti psychologických benefitů pohybové aktivity je zpravidla zaměřen na pozitivní ovlivnění emočního stavu a Self-charakteristik. Přitom neméně cenný je i jejich možný vliv na kognitivní funkce, specificky pak u dětí či dospívajících a u seniorů. Příspěvek prezentuje výsledky výzkumu provedeného na skupině senierek ve věku od 64 do 78 let. Cílem studie bylo sledovat zlepšení funkce paměti a dalších kognitivních funkcí vlivem pravidelného cvičení. Mechanismus tohoto vlivu je pravděpodobně jednak přes zvýšení zdravotní zdatnosti, dále pak přes zlepšení emočního stavu, jež může souviset i se sociálními kontaktem a utvářením sociálních vazeb, které seniorky v tomto období ztrácejí, a rovněž tak přes aktivizaci při provádění cvičení – „trénink“ soustředění spojený s pohybovým výkonem. Sledováno bylo 25 senierek. Pro diagnostiku kondice byly vybrány některé testy zdatnosti podle Neumana a dvouminutový test chůze podle Rikli a Jones. Pro diagnostiku kognice byl použit Montrealský kognitivní test, jehož autorem je kanadský profesor Z. S. Nasreddin. Dále byla využita metoda řízených rozhovorů. U sledovaného souboru byly prokázány změny v úrovni kondice i kognice.



Nejvýznamnější změny v pozitivním smyslu byly ve faktorech síly svalové, flexibility a rovnováhy. U krátkodobé paměti došlo ke zlepšení, které ale nebylo statisticky významné. U ostatních kognitivních funkcí, které byly hodnoceny společně, došlo také ke statisticky významnému zlepšení. Subjektivně bylo sledováno navození psychické pohody spojené s absolvováním cvičení. Výsledky studie jsou snahou přispět k vědeckému objasnění a specifikaci pozitivního vlivu pohybu na lidskou psychiku. U skupiny senierek je sledovaný vliv extrémně cenný, protože možnosti prevence kognitivních poruch u seniorů jsou velmi omezené.

Klíčová slova: *gerontologie, geriatrie, kognitivní funkce, kognitivní poruchy*

Doc. PhDr. Daniela Stackeová, PhD. – absolventka oboru fyzioterapie, specializace somatopsychoterapie na FTVS UK v Praze, zde rovněž absolvovala rigorózní řízení a doktorské studium. 2008–2013 katedra fyzioterapie FTVS UK, odborné zaměření: psychologické benefity pohybové aktivity, tělesné sebepojetí ve fyzioterapii a v psychosomatice, psychosomatika ve fyzioterapii. 2015 ukončeno habilitační řízení na MU v Brně. Současné pracoviště VŠTVS Palestra s.r.o. v Praze.



Mgr. Vladimíra Javůrková – po maturitě na SZŠ v Teplicích specializační studium v oboru léčebná tělesná výchova, Mgr. studium na VŠTVS Palestra, obor wellness specialista, zakončeno 2015, 22 let provozuje Nestátní zdravotnické zařízení Rehabilitace, fyzioterapie v Libochovicích.

P24 PHDR. STROBACHOVÁ INGRID, PHD.: TĚLO A ČAS

Jestliže jsme pochopili již v některých svých dávných úvahách, že tělo nám dává prostor, naladění, čas – pokusme se nyní vrátit právě k dávání času jako možnosti vyvíjející se.



Dopracovali jsme se někdy lopotně k pochopení sebe jako svého těla – ale je to tak stejné v dětství jako ve stáří? Právě dávání času nám může ukázat různé rozměry našeho pobytu jako časového, ve své tělesnosti si rozumějícího.

Vrací se starý člověk k dětství, vrací se nejasné budoucnosti, ztrácející se minulosti a zdůraznění přítomnosti? Nebo je toto zdůraznění přítomnosti výsledkem jiného plynutí času? Tělo

jinak promlouvá?

Jsme v rozumění času tělem v dětství a ve stáří nějak jinak než v ostatním životě, nebo je to jen posun, který překonáme, abychom se potom vraceli? Co spojuje dětství a stáří? Není to právě jinak rozumějící si tělo, které dává čas? Nebo je to jen nepřesný pohled zvenčí? A co na to změněná doba – nemáme jinak čas, jinak přítomnost a minulost? Může dětství a stáří jít stejnou cestou času či podobnou, nebo se jen necháváme unést vnějšími podobnostmi a zapomínáme na složité struktury vždy stejného rozumění?



Psychosomatika je více než jiné uchopení explicitně nucena hledat své filosofické kořeny, skrytost v jiných oborech této základny je nebezpečná. Hledejme ty kořeny znovu v rozumném času svou tělesností a zvažme i možnosti vývoje, nenechme se zahltit státností dospělosti.

P4 DOC. MUDR. JIŘÍ ŠIMEK: LÉKAŘI A SUPERVIZE



Na rozdíl od většinové populace se lékaři a mnozí ostatní zdravotníci každodenně setkávají se skutečným lidským utrpením a se skutečnou smrtí. Nemohou proto, tak jako ostatní, užívat neautentické obranné mechanismy typu „mne, nás se to netýká“. Sympaticky spoluprožívat trápení svých pacientů a jejich příbuzných také nemohou, to by nutně vedlo k jejich zhroucení nebo k vyhoření. Nezbyvá než vytvářet sofistikovanější obranné systémy, postavené především na racionalizaci. Ve chvíli, kdy je lékař konfrontován s lidským utrpením, rozjíždí místo hlubší emoční odezvy kognitivní procesy (řeší otázky „co se děje?“ a „jak mohu pomoci?“). Díky moderním zobrazovacím metodám se dnes již daří prokazovat i neurofyziologický základ těchto obran.

Když si připustíme tyto ne nevýznamné rozdíly v reaktivitě zdravotníků a většinové společnosti, můžeme lépe rozumět obtížím, které lékaři mají při komunikaci s nemocnými, jejich příbuznými, s veřejností a médii.

Obranný mechanismus racionalizace spojené s útlumem aktivace příslušných emočních okruhů nám také může vysvětlit malý úspěch nabízené supervize u somatických lékařů a u sester intenzivní péče. Jestliže významnou součástí supervizního procesu je aktivace a sdílení prožívaných emočních reakcí, pak jsou nositelé popsaných obranných mechanismů supervizí nutně traumatizováni a užívají strategii, která je obvykle k dispozici – únik.

Možná by bylo vhodnější nedávat v procesu supervize tak významné místo emocím zdravotníků, ale více se zaměřit na racionální porozumění, na pozorování emocí těch druhých (např. pacientů) a nabízet „zavedené postupy“ jak komunikovat s nemocnými a jejich příbuznými.



P11 MGR. ET MGR MAREK ORKO VÁCHA, PHD.: PŘÍRODNÍ VĚDY A PSYCHOSOMATIKA

Známým a nesčetněkrát opakovaným rozdílem mezi přírodními vědami a psychosomatikou je neschopnost psychosomatiky přinášet tvrdá data; na bio- přístupu se psychosomatika shodne s biologií i lékařstvím, u dalších rozměrů člověka, tedy jeho emocionální, sociální a spirituální dimenzi již dochází pouze ke shodě částečné či žádné.

Současná molekulární genetik a zejména rozvoj epigenetiky a epigenetické dědičnosti se ovšem může stát určitým mostem mezi oběma disciplínami. V posledních několika měsících či letech již byly nalezeny hmotné, měřitelné či pozorovatelné změny na úrovni epigenetických změn DNA a chemických změn histonových oktamerů, které u laboratorních zvířat korespondují se stavem stresu, prožívání mládí v přítomnosti či nepřítomnosti pečující matky etc. Jinak řečeno, pohledem na stav DNA můžeme stanovit, jak moc či málo stresové mládí zvíře prožívalo.



Pokud se v budoucnu tento jev prokáže i u lidí, pak se stane literární pravdou pořekadlo, že existují rány, které čas nevyléčí. Je zřejmé, že pokud by byla prokázána i epigenetické dědičnost takových změn do dalších generací, jednalo by se o dosti významný jev, aplikovatelný i u tak citlivých skupin, jako jsou např. přeživší holokaustu a jejich potomci.

V každém případě je mimořádně důležité sledovat, zda se přítomnost či nepřítomnost chování navždy imprintuje do hmotných, pozorovatelných a měřitelných mozkových struktur organismu a zda tyto změny jsou jak u každého imprintingu rezistentní k terapii.

W3 IVAN VERNÝ, M.D. & DIPL. PW.: POP DÍLNA: ÚVOD DO PROCESOVĚ ORIENTO VANÉHO PŘÍSTUPU K SYMPTOMŮM

W7 IVAN VERNÝ, M.D. & DIPL. PW.: POP KLINIKA: DEMONSTRACE PROCESOVÝCH INTERVENCÍ V PRÁCI SE SYMPTOMY ÚČASTNÍKŮ NEBO PROSTŘEDNICTVÍM SUPERVIZNÍ PRÁCE SE SYMPTOMY PACIENTŮ Z PRAXE

Procesově orientované psychoterapie (POP) nabízí paletu kreativních intervencí pro práci s tělesnými symptomy a pro hledání jejich hlubšího významu, resp. pro zpracování pacientových zábran. Jak tomu bývá v každé metodě či škole, nemají ani všechny intervence vždy úspěch, ale POP inspiruje k fluiditě a určité lehkosti v zacházení se svými technikami a nástroji, stejně jako meta-dovednostmi (vnitřní postoje). Tuto metodu je možné použít či integrovat do každého oboru, nezávisle na předešlém vzdělání. Část intervencí bych rád prakticky uvedl v dílně pomocí několika cvičení, v „klinice“ pak



formou demonstrace práce s účastníky (na jejich vlastních symptomech nebo na symptomech pacientů). Metadovednosti můžeme diskutovat v dílně i v klinice.

Krátký úvod do procesově orientované psychoterapie naleznete

na <http://www.processwork.cz/#!procesova-prace/c1uw6>

a na: http://media.wix.com/ugd/95708f_0795ef05e0e44126a91db5fb885f4e1f.pdf

Ivan Verný, M.D. & Dipl. PW. Psychiatr, procesově orientovaný a systemický psychoterapeut a supervizor se soukromou praxí v Curychu. Od roku 1989 vyučuje procesově orientovanou psychologii v Československu (pak v ČR a SR), Řecku, Německu, Itálii a Izraeli. Po zkušenostech na chirurgii venkovský a později pohotovostní lékař, v roce 1984 praxe pro holistickou medicínu v Curychu. Více než 20 let pravidelného nasazení ve všeobecné lékařské pohotovostní službě města Curych (při psychoterapeutické praxi), po psychiatrické atestaci nasazení v psychiatrii. V praxi mnoho pacientů s psychosomatickými potížemi, kteří již „všechno zkusili“. www.ivanverny.ch



W6A+ W6B MGR. ZUZANA VLČINSKÁ: PROŽITKOVÉ ZPÍVÁNÍ

Lidé si odedávna zpívali, když cítili radost, smutek, opuštěnost, naději, sílu. Pomáhalo jim to nechat své prožitky prostoupit hlouběji do těla, spojit se s nimi a sdělit je světu. Když se zkušenost týkala celé obce, lidé spolu zpívali a tančili, dělili se o radosti a sdíleli své bolesti.

Naši předkové nám zanechali tisíce nádherných písní, jež nás mohou i dnes provázet na naší cestě a obohacovat ji svou hloubkou, obrazností a pravdivostí. Osvojit si takovou píseň může být hluboce nabíjející návrat ke kořenům, moment spočinutí v sobě samém.

Hlasovým nástrojem je celá naše bytost: tělo, duše, emoce, pocity, obrazy a představy. Hlas, pokud zní, pomáhá všechny tyto systémy tělesné i duševní vzájemně vyladit a integrovat. Zpěvem můžeme efektivně, a přitom bezpečně vyjádřit silné emoce. Tělový hmat aktivovaný zpěvem také pomáhá hlubšímu kontaktu zpěváka se sebou a zkvalitňuje jeho sebeuvědomění. Krásná melodie, jako aktuálně žitý záznam plynutí energie v těle, má léčivý účinek. Nemusíte „umět“ zpívat, abyste mohli přijít ochutnat.

Mgr. Zuzana Vlčinská, muzikoložka, psychoterapeutka, lektorka České Orffovy společnosti.

V průběhu více než dvacetileté práce se širokou zpěvačkou veřejností i s „nezpěváky“ dospěla k svébytné pedagogicko-terapeutické metodě, kterou nazvala „Prožitkové zpívání“. Ve svém přístupu spojuje muzikalitu, pohyb, imaginaci, hru a práci s hlasem a emocemi. Upravuje staré lidové písně ze slovanského okruhu s těžištěm



v moravském folkloru, s nimiž zachází jako s aktuálním sdělením či situací. V individuálních sessích používá hlas jako nástroj integrace a píseň jako lék.

V roce 2005 vydala zpěvník koled s CD „Poslyšte s radostí“, v roce 2015 „Písně na cesty krajinami duše“. www.prozitkovezpivani.cz

W1 MGR. VERONIKA VÍCHOVÁ: AUTOGENNÍ TRÉNINK A STROM ŽIVOTA

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

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

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

Nácvik, který standardně probíhá pod vedením terapeuta, např. psychologa po jednotlivých krocích, směřuje k tomu, aby byl klient schopen cvičit AT sám, bez vedení. Cílem nácviku je skutečný autogenní trénink v pravém významu toho pojmu, abyste při cvičení byli nezávislí, autonomní. Autogenní trénink, více než 90 let fungující kvalitní relaxační a sebezpoznavací metodu, která se ukazuje jako vysoce účinná pro léčbu většiny psychosomatických onemocnění, si vám dovolíme představit skrze dobrého průvodce – strom života.

Autogenní trénink jako strom života

1. Kořeny: teologie, neurologie, psychiatrie, psychoterapie, hypnóza, jóga, 1. světová válka – traumatizovaní vojáci.
2. Řez kůrou: podobnost s logem, kůra jako základní stupeň, jádro jako vyšší stupeň, vrstvy: intenční formulky, barvy, předměty, osoby, otázky, hora, moře atd.
3. Koruna: jak vypadá, plody formou několika kazuistik.

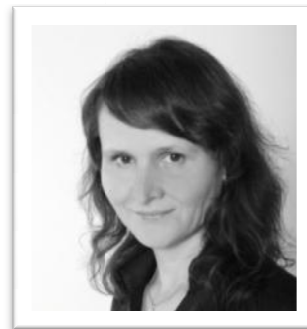


4. Jak dlouho již roste? 90–100 let, výskyt, rozšíření do celého světa, přežití za 2. světové války v Japonsku, metoda kosmonautů.
5. Podoba AT u nás a na Slovensku: Kratochvíl, Vojáček – popularizátor, Geist, Hašto.
Vzdělávání v AT u nás (výzkum na VŠ, Pracovní skupina pro AT Sekce pro hypnózu 2013).
6. Současná podoba AT v psychiatrických nemocnicích, v publikacích, esoterických kurzech versus etika.
7. Co je a není AT?
8. Indikace a kontraindikace.
9. Návlek s klienty- individuálně, skupinově, vlastní zkušenost účastníků workshopu.
10. Dotazy.
11. Diskuse.

Workshop: Krátká teorie se zážitkem základního stupně autogenního tréninku formou řízené relaxace. Prostor pro diskusi o metodě. Omezeno na 20 účastníků (dle možností prostoru relaxace možná vleže nebo vsedě).

Mgr. et Mgr. Veronika Víchová (1975)

Po studiu psychologie na UK Praha a MU Brno získala atestaci z klinické psychologie a funkční specializaci z psychoterapie. Ukončené výcviky: SUR K7, Systemický a konstelační výcvik, Supervizní skupina ČIS, Traumaterapie EMDR, Hypnoterapie I. a II. (Prof. S. Kratochvíl) a Autogenní trénink I.-II. (doc. J. Hašto). Aktuálně dokončuje výcvik KIP a Supervizní výcvik ČMISK. V klinické praxi se věnuje dospělým se zaměřením na závislosti a léčbu traumatu. Pracuje jako klinický psycholog na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN Praha. Autogennímu tréninku se věnuje výzkumně (např. Využití řízené relaxace při IVF, 2002, Využití v neurologii – cervikální dystonie, 2015), a zejména v klinické praxi (přímá práce s klienty, supervize kolegů). Rozšíření metody podporuje lektorsky i v rámci přednáškových aktivit. V roce 2013 iniciovala vznik Pracovní skupiny pro autogenní trénink Sekce pro hypnózu PS ČLS JEP. Již tři roky probíhají kurzy v AT a proběhly dvě konference k tématu autogenní terapie. V roce 2015 se aktivně účastnila kongresu Relaxačně-symbolické terapie v Maďarsku. E-mail: veronika.vichova@gmail.com
www.autogennitrenink.cz www.autogenniterapie.cz



NABÍDKY

VÝCVIK KATATYMNĚ IMAGINATIVNÍ PSYCHOTERAPIE



ČESKÁ SPOLEČNOST PRO KATATYMNĚ IMAGINATIVNÍ PSYCHOTERAPII

otevřít v září 2016 nový výcvikový běh

Psychiatrická klinika, Jihlavská 20, 625 00 Brno

www.cskip.cz

- Pětiletý výcvik v hlubinné psychoterapeutické metodě vycházející na jedné straně z moderních psychoanalytických a psychodynamických teorií a na druhé straně využívá propracované technické prostředky. KIP umožňuje propracování konfliktů, otevření zdrojů a podporu kreativních procesů.
- Na vedení výcviku se budou podílet docenti ČSKIP: PhDr. Ludvík Běťák, PhDr. Dana Dufková, PhDr. Lucie Vlček Pelková, PhD., PhDr. Jitka Škodová a pozvaní zahraniční docenti z partnerských KIP společností.
- Výcvik je určen pro absolventy vysokoškolského studia lékařství, psychologie, oborů s relevancí k pomáhajícím profesím a v odůvodněných případech i dalších oborů vysokoškolského studia, jakož i pro studenty těchto oborů.
- Uzávěrka příjmu přihlášek je předběžně stanovena na 30. 5. 2016
- Výcvik organizačně zajišťuje PhDr. Leona Dyrehauge. V případě zájmu o zapojení se do výcviku se prosím hlase na její e-mail: leonadyrehauge@gmail.com a přiložte prosím **motivační dopis** a **strukturovaný životopis s fotografií**. Po registraci a potvrzení Vašeho přihlášení budete vyzváni k zaslání **kopie Vašeho vysokoškolského diplomu**.
- Více informací naleznete na www.cskip.cz



Kurz pro praktické a všechny lékaře, kteří se setkávají ve své praxi s psychosomatickými pacienty

VEDENÍ ROZHOVORU S PSYCHOSOMATICKÝM PACIENTEM

Kurz je pro vás:

- Pokud vám přijde práce s psychosomatickými pacienty málo efektivní
- Pokud vás to zatěžuje
- Pokud se chcete být užiteční i jim

Nemusíte absolvovat psychoterapeutický výcvik, je ale potřeba se naučit základy vedení rozhovoru, abyste uměli přinést pacientovi bezprostřední úlevu a motivovat jej k návštěvě psychoterapeuta, pokud je to třeba.

Dáme vám nástroje pro vaši běžnou praxi, aby pro vás práce byla příjemnější, a abyste byli spokojenější vy i vaši pacienti.

A kdybyste pak přece jenom chtěli psychoterapeutický výcvik absolvovat, budete u nás mít 10% slevu.

Termín zahájení: 4. – 5. 11. 2016

Místo: Vzdělávací středisko Masarykovy univerzity Telč

Cena: 18 450 Kč/ 120 hodin

MUDr. Olga Kunertová

Vedoucí centra Gaudia

Psychoterapie, supervize, vzdělávání, koučování

Jeseniova 47, 130 00, Praha 3 - Žižkov

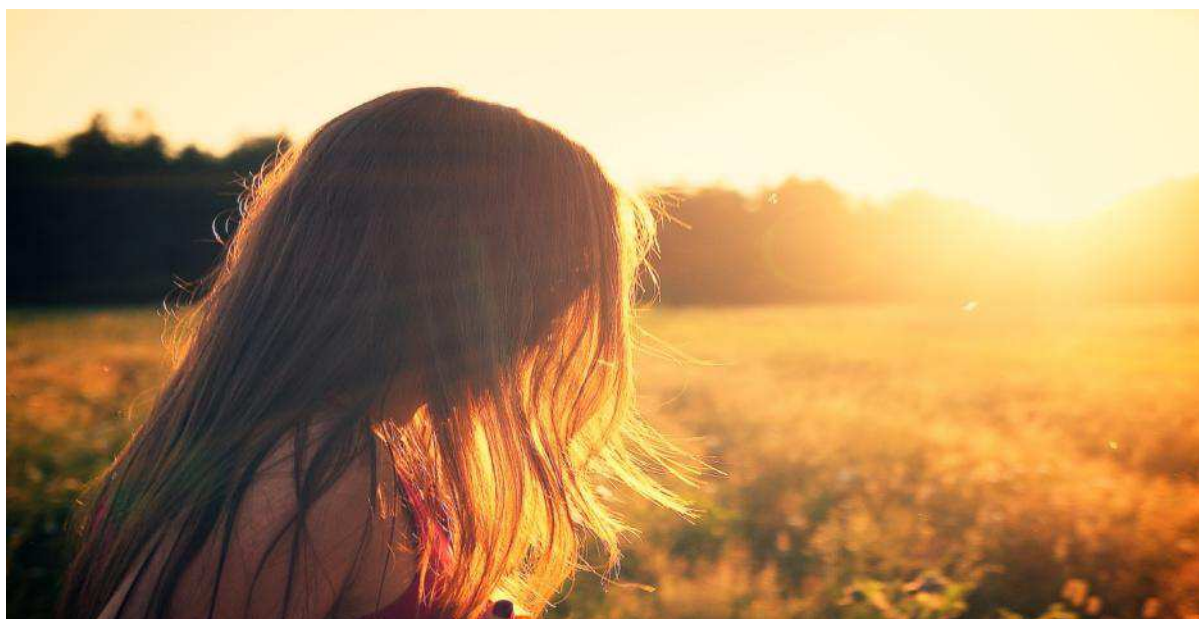
603 267 514

kunertova@gaudia.cz

www.gaudia.cz

Gaudia





WORKSHOP: TANEČNÍ POHYBOVÉ TERAPIE A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Umění vyladění (attunement): Procházení cestou empatického kontaktu s klienty s poruchou příjmu potravy

Susan Kleinman, MA, BC-DMT, NCC, CEDS

Místo: Studio ITAKA, Korunní 35, 120 00 Praha 2 Vinohrady.

Datum: 25. července 2016 (9,00-18,00)

Cena: 1450 Kč

Přihlášky a kontakt: expresivni.terapie@gmail.com

Workshop bude v anglickém jazyce s tlumočením do češtiny

Workshop je určen expresivním terapeutům, tak i dalším odborníkům se zájmem o klienty s poruchou příjmu potravy a možnosti práce s tělem a pohybem.

Pro rezervaci místa, prosíme, vyplňte formulář v odkazu:

https://docs.google.com/forms/d/1Gw2nNpB_IuoQS7I3FiyUiEZwodhtlQJpN26r9BaaXYE/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link

Více informací na expresivni.terapie@gmail.com



Pro rezervaci místa uhradte zálohu 500 Kč na účet Spolku pro rozvoj expresivních terapií 197689971/0300. www.expresivniterapie.org

Susan Kleinman, MA, BC-DMT, NCC, CEDS – certifikovaná specialistka na poruchy příjmu potravy, psychoterapeutka, poradkyně, taneční pohybová terapeutka, kreativní terapeutka a supervizorka. Susan je zakladatelkou TheRenfrew centra specializovaného na klienty s poruchou příjmu potravy, autorka mnoha odborných článků a knih je bývalou prezidentkou Americké asociace taneční pohybové terapie.

Více na <http://blog.adta.org/author/susankleinman/> nebo

<https://www.youtube.com/watch?v=fFDiqQDHyDo>

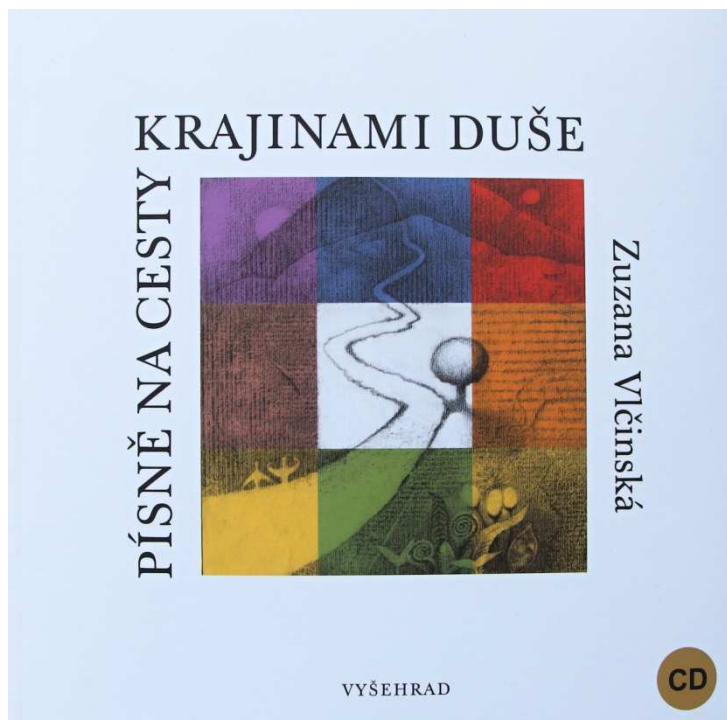


VYCHÁZÍ

ZUZANA VLČINSKÁ: PÍSNĚ NA CESTY KRAJINAMI DUŠE

Vyehrad, ISBN 978-80-7429-626-0, 205 stran

Kniha *Písňe na cesty krajinami duše* muzikoložky a psychoterapeutky Zuzany Vlčinské přináší originální a obohacující pohled na lidové písňe. V úvodu autorka zkoumá souvislosti mezi lidským hlasem, zpěvem a našimi emocemi a pojmenovává význam a uzdravující sílu zpěvu v životě jednotlivého člověka i širšího společenství. Hlavní část knihy tvoří její výběr téměř sto třiceti známých i méně známých lidových písňi z Čech, Moravy, Slezska i Slovenska, jež jsou roztríděny do kapitol podle emocionálního archetypu, které zpracovávají či pomáhají navodit (*Písňe smutku, Písňe cesty, Písňe stromů, Písňe zlosti, Obřadné písňe, Kolíbačky, Písňe společenské zábavy a pospolitosti, Písňe dívčí touhy a ženské rozvernosti, Písňe mužské lehkosti a furiantství, Rozhovory mezi muži a ženami a Balady*). Zuzana Vlčinská je předkládá ve vlastních hudebních úpravách určených pro vícehlasý zpěv s možností instrumentálního doprovodu. Už dnes s těmito úpravami pracuje řada pěveckých sborů, jsou nicméně vhodné i pro ansámblové muzicírování. Komentáře k jednotlivým písňím obsahují náměty k jejich společnému hraní a improvizování, a představují též sebezkušenostní i terapeutický způsob práce s nimi. Nahrávka vybraných třiceti písňi na příloženém CD otevírá možnost využití sbírky i těm, kdo nechtou notový zápis, pro zpěváky a hudebníky chce být povzbuzením k vlastnímu tvořivému hledání.



ČENĚK JIŘÍ, SMOLÍK JOSEF, VYKOUKALOVÁ ZDEŇKA: INTERKULTURNÍ PSYCHOLOGIE

podtitul: Vybrané kapitoly

- ediční řada: Psyché
- formát: A5
- vazba: V2
- rozsah: 312 stran
- prodejní cena včetně DPH: 399 Kč
- ISBN: 978-80-247-5414-7

anotace:

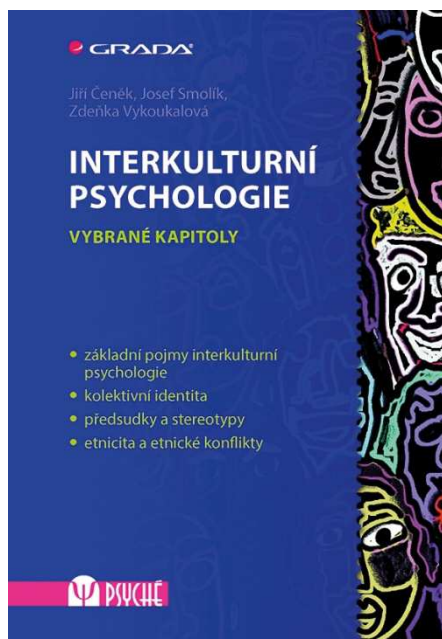
Pokuste se pomocí této knihy zorientovat v dnešním překotně se měnícím světě! Její autoři fundovaným, ale přitom přehledným a přístupným způsobem přináší odpovědi na řadu otázek, které před námi v současnosti vyvstávají. Snaží se jít pod povrch běžného obrazu reality, který nám předkládají média. Kladou důraz na aktuální témata, relevantní i v českém prostředí: radikální náboženské proudy, imigraci do EU či ČR, etnické konflikty, zvládání kulturně odlišných situací.

Publikace představuje interkulturní psychologii jako mezioborovou disciplínu, kterou nelze oddělit od sociologie, politologie, bezpečnostních studií, sociální antropologie, etnologie a dalších oborů. Poslouží nejen jako zdroj základních informací, ale i jako vhodný základ pro následné aplikace a výzkumy. Je určena čtenářům, kteří se zaměřují na oblast interkulturní psychologie, diplomacie, cestovního ruchu, státní správy, nevládního sektoru. Nalezne však odezvu i u studentů psychologie a dalších humanitních oborů a u všech, kdo se zajímají o současnou situaci u nás i ve světě.

V první řadě bych chtěla ocenit již samotný vznik knihy, která přináší vhled do základní tematiky interkulturní psychologie. Považuji ji za přínosnou jak pro odbornou, tak i pro laickou veřejnost. Publikací na dané téma s multioborovým přesahem je na českém trhu nedostatek. (z recenze doc. PhDr. Aleny Kajanové, Ph.D.)

Tato monografie je velmi zdařilým dílem. Vychází z myšlenky, že dnešní moderní vědní disciplíny se musí umět oprostít od uzavřeného tradičního vědního konzervatismu a přijímat myšlenky, trendy, odborné diskurzy a výzkumy i z jiných oborů. Publikace není pouze psychologicky uzavřená, ale pohybuje se na pomezí psychologie a sociologie, politologie, regionální geografie, antropologie a dalších oborů. (z recenze PhDr. Václava Bělíka, Ph.D.)

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



LITERÁRNÍ KOUTEK

HURNÍK ILJA: MEDICÍNA KONTRA UMĚNÍ

R. F. Sedlo, předseda spolku *Ars pro toto*, zahájil debatní podvečer: „Vážení, nedivili bychom se, kdybyste se divili, že my umělci jsme se rozhodli setkat se s vámi, lékaři. Nuže, rozhodně ne proto, abychom se méně popírali, že jsme na vás závislí. Spíš proto, že v poslední době dochází k jistému nedorozumění. Vítám vašeho zástupce, významného očního lékaře Dr. Drezínu.“

„Děkuji, jen malé upozornění: Vy, na rozdíl od nás lékařů, nejste znalí latiny. Patrně jste zaslechli známé rčení *Pars pro toto*, česky Část místo celku. Vaše *Ars pro toto* by znamenalo Umění místo celku, což je nesmysl.“

To nebyl šťastný začátek. R. F. Sedlo řekl ledově.

„Doufám, že aspoň některým pánům lékařům nebude cizí jméno jistého našeho malíře. Předkládáme vám je spolu s příběhem, kdy medicína napadla umění výtvarné.“ Předseda Sedlo udělal pauzu, jakoby čekal, že se někdo z lékařů na ono jméno rozpomene. Když se nedočkal, pokrčil rameny a řekl: „Jménem Julča Komár dnes zní celý svět“ a ukázal rukou na tloušťka se spadlou bradou.

„On děkuje,“ řekla žena, patrně matka. „Ale nemá cvik k řečnění.“

„Nevadí. Tento muž se toulal po cizině, až zatoužil po vlasti. Jeho posláním se stala Praha. Tu vymalovává způsobem ohromujícím. Věže silně zeštíhlené vytahuje do závratné výšky, takže se blíží komínům. Jaký symbol! Město zvedá prsty k nebi s úzkostnou modlitbou...“

Matka Komárová šťouchla do syna, ten brebtl. „Maluju, co vidím.“

„Ovšem, co vidím,“ řekl Sedlo. „Snad by mohla paní napovědět, jak se onen příběh vyvinul.“

„Všimla jsem si, že Julča mrká jedním okem. Poslala jsem ho tady k tomu doktorovi...“

Sedlo jí skočil do řeči: „Bude vhodnější, když pan doktor sám...“

„Ano, ukázalo se, že příčinou mrkání jedním okem byl chlup z malířského štětce. Stačil nepatrný zákrok, ale současně tu byl nález mnohem závažnější, zvaný *Hyperastenooptikum*. Pacient vidí všechny objekty zhublé a extrémně protažené do výše. Pan předseda Sedlo právě potvrdil mou diagnózu. Pacient maluje Prahu hyperastenoopticky.“

Předseda vyskočil a zrudnul: „Říkáte, maluje. Ano, jeho obrazy se rozletěly po světě. V aukcích dosahovaly závratných výšek. Jenže domaloval. Dohnal jste ho do banality. Jeho věže se smrskly, teď sedí na zemi jako pařezy na štípání dříví a hroty věží trčí jako palec z rukavice. Říkáte, že jste ho vyléčil.“

„Ovšem, absolutně.“

„Jenže jste ho zničil! Ceny jeho obrazů letí katastrofálně dolů!“

„Počkat,“ vykřikl Dr. Drezína, „ten muž nepřišel za mnou jako za obchodníkem, ale jako za očním lékařem. Musel být léčen. Ono chorobné vidění by se prohlubovalo. Pohled na schodiště by mohl zdegenerovat v pohled na žebř protažený do nekonečna, s psychiatrickými následky.“

Julča Komár brebtl: „Vidím, co maluju“ a s matkou vycpal ven.

Sál ztichl. Bylo jasné, že doktor obstál. Ovzduší zřejmě zráló ke smíření.

Promluvil umělec: „Jsem koncertující klavírista. Při fotbalovém zápase je přítomen policista. Při veřejných slavnostech filmař. Velmi bychom si přáli, aby při koncertech byl přítomen nejen hasič, ale i lékař s léky proti trémě, střevním příhodám, proti zoufalství po debaklu...“

Z knihy Ilji Hurníka *Oranžový notýsek*, Akropolis, Praha 2012, s. 71–73





POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší.

Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.

Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce

Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině

Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

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



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

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

