

číslo
3

PSYCH@SOM

PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ
SPOLEČNOSTI PRO SVOU POTŘEBU

ROČNÍK
2003

OBSAH

EDITORIAL 3

V. CHVÁLA: DOČKEJ ČASU JAKO HUSA KLASU! 3

Z POŠTY 3

Honzák píše zoufale: 3

Od Žbánkove přišlo: 4

POLITIKA, KONCEPCE 4

V. CHVÁLA: OŽIVAJÍ MYŠLENKY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY? 4

NÁVRH PRAVIDEL NA ZŘÍZENÍ SÍTĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PRACOVÍŠŤ 5

M. JAROLÍMEK: PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA, S.R.O. 8

J. ŠAVLÍK, J. HNÍZDIL: NÁVRH NA ZŘÍZENÍ PSYCHOSOMATICKÉ REHABILITACE 9

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 11

POKRAČOVACÍ KURZ IPVZ V PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATICE 11

PSYCHOSOMATICKÉ DISPUTACE IV 11

SYMPOZIUM RODINNÉ TERAPIE 12

SEMINÁŘ PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY S.R.O. 13

PROGRAM DVOULETÉHO VÝCVIKU PRO POMÁHAJÍCÍ PROFESE V GESTALT TERAPEUTICKÉM
POJETÍ 14

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ 15

I. VINDUŠKOVÁ: PRÁCE S PŘÍBĚHEM I NA LŮŽKOVÉ PSYCHIATRII? 15

J. PODLIPNÝ: SETKÁVÁNÍ RODINNÉ TERAPIE A PSYCHIATRIE 19

KAZUISTIKY 21

P. MOOS: PSYCHOSOMATICKÉ ZRCADLENÍ U PANICKÉ PORUCHY 21

M. KONEČNÝ: FENOMENOLOGICKÝ POHLED NA NEMOC 24

HISTORIE OBORU 30

M. ROKYTOVÁ: ROZHOVOR S PROF. MUDR. OTOU GREGOREM. DRSC.: NEVĚNOVAT MÉNĚ
POZORNOSTI STRÁNCE SOMATICKÉ, ALE VÍCE POZORNOSTI STRÁNCE PSYCHOLOGICKÉ 30

SOUČASNÉ TRENDY 35

J. PONĚŠICKÝ: SERIÁL- ZÁSADY PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PŘÍSTUPU U
PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ DÍL PRVÝ: BAZÁLNÍ VZTAH MEZI PACIENTEM A
TERAPEUTEM 35

OCHUTNÁVKY ODJINUD 37

S. KOMÁREK: SPASENÍ TĚL 37

Redakční
rada

MUDR. V. CHVÁLA, PHDR. L. TRAPKOVÁ, MGR. P. MOOS, MGR. J. KNOP,
PROF. S. KOMÁREK

Uzrálo dne
1.7.2003

Redakce:

Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385,
Liberec 10, 46010, tel. 485151398 e-mail: chvala@sktlib.cz . Psych@Som
je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika

Tato strana je volná kvůli tisku.

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (WWW.SKTLIB.CZ) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí:

40,1,2,39,38,3,4,37,36,5,6,35,34,7,8,33,32,9,10,31,30,11,12,29,28,13,14,27,26,15,16,25,24,17,18,23,22,19,20,21. Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk. Kdo tento zdánlivý rébus vyřeší, dostane titul „Mistr tiskař“. Kdo nevyřeší a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na SKT@SKTLIB.CZ. **Cena tištěného čísla je 20 Kč.**

TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

V. Chvála: Dočkej času jako husa klasu!

Říkávalo se u nás doma. Protože jsme husy neměli, měl jsem to jen za posměšné odmítnutí, když jsem na něčem trval. Teprve s přibývajícím věkem (a ubývajícím silami) si uvědomuji, jak je to starobylé úsloví moudré. Dočkat času. Už vím, že ne termínu, ale dozrání! Co lépe vystihuje zrání než klas, na jehož dozrání lidstvo rok co rok čeká už nějakých 20 tisíc let. PSYCH@SOM jsem chtěl vypravovat do světa jednou za 2 měsíce, nebo aspoň čtvrtletně, jak se na slušné periodikum sluší. Prostě pravidelně. Ale ono je spíš uzráváno, než vydáváno. Tváří v tvář chystanému sympoziu rodinných terapeutů o čase, které taky muselo uzrát do vhodnějšího termínu, než bylo plánováno, mi to nepřipadá tak špatné. Proč vydávat do té záplavy nezralých textů další podobný. A když uzraje téma, když se časem i naplní, když se tady shromáždí už dost písmenek pozoruhodně sestavených v smysluplný celek, rozešlu Vám další číslo.

Když se tak dívám, co mi to tady zatím uzrálo díky Vaší péči, opouští mě pesimismus, a začínám se těšit na další číslo. No jen se podívejte na oddíl Z pracovišť, co tam je materiálu. Nepřehlédněte nový Seriál, který pro náš zrající bulletin exkluzivně píše Honza Poněšický, dokonce přímo rukou a bez strojů, to já bych už neuměl.

V. Chvála

V Liberci 1.7.2003

Z POŠTY

HONZÁK PÍŠE ZOUFALE:

Prosím vás všechny (na kolenouch), strčte si svůj nový vznešený vynález do p.../za klobouk, nebud' moje obrazíčka z toho má epi záchvaty (já jako dokonalý troglodyt na tuto FS nereaguju) a když se mi povede nakonec vypnout, tak mi to při zapnutí vynadá. Přisahám, že pošlu Chválovi 6,40 Kč na známku a koupím mu Mattoniho Kysibelku* při příštím sezení, ale nesnažte se mě převést do atomového věku.

*Viktor Dyk:

Ti dva si málo rozuměli vcelku,
on přišel na šampaňskou orgii
a ona postavila na stůl kysibelku
s rozšafné dámy něžnou grácií.

On odešel pak na tisíc mil v dálku,
čemuž se ona smutně divila.
Bůh zachovej tu vaši minerálku
i grácií tu vaši, spanilá...

SVÉ POŽADAVKY JSEM FORMULOVAL JASNĚ A KDYŽ TO NEJDE
ELEKTRICKY, POŠLETE MI TO PO POŠTOFSKÉM PANÁČKU!!!

Radkin

OD ŽBÁNKOVÉ PŘIŠLO:

Již dvakrát na mně ze schránky vypadly obálky s časopisem Psych@som. Moc děkuji za dobré čtení. Hlavně článek o migréně Mgr. P.Moose mě zaujal tak, že mě až do večera bolela hlava. Několikrát jsem již s migrénou měla co dělat, takže mi ledasco osvětlil. Jinak jsem stále na mateřské a návratu do praxe se začínám děsit. Druhý syn má 2 roky, takže se to blíží. Za tu dobu "dovolené" jsem si ale ujasnila, co vlastně chci dál dělat. V Kroměříži jsem si vyzkoušela týmovou práci s rodinou. Pracovali jsme s kolegou psychiatrem a snad se nám dařilo nahlížet na příběhy klientů psychosomaticky. Škoda, že v tom nemůžeme pokračovat. Přestěhovala jsem se a tady v Brně jsem ještě cizinec. Moc ráda bych vás proto poprosila o kontakt na podobně smýšlející terapeutu a pracoviště v Brně a okolí. Ještě se mám hodně co učit a taky bych po té dlouhé pracovní pauze nerada začínala úplně sama. Mám ještě jednu prosbu: další čísla časopisu mi, prosím, pošlete na novou adresu:

Vladimíra Žbáňková

Teyschlova 6

Brno Bystrc

635 00

POLITIKA, KONCEPCE

V.Chvála: Ožívají myšlenky psychosomatické medicíny?

Nový výbor psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti se pustil do heroického úkolu, oživit myšlenky psychosomatické medicíny, které u nás po léta živořily na periferii medicíny jako nepřijatelné pro ideology socialistických návodů na lidské štěstí. Zastánci bio-psycho-sociální jednoty organismu ve zdraví a nemoci to nemají lehčí ani po nástupu tvrdé ekonomické reality. Baví se s pacientem o jeho životě a souvislostech se zatím nikomu nevyplácí a dokud nebudou vzdělanější kolegové v pojišťovnách, kterým by se podpora psychosomatické medicíny podle vzoru německých sousedů musela vyplatit, věnují se psychosomatice jen ojedinelí nadšenci.

Tím spíš je pozoruhodné sledovat, co se děje na kurzech Úvod do psychosomatiky, které sekce prosadila zprvu jako mimořádné, dále již jako řádný pokračující kurz zatím pod hlavičkou psychiatrické katedry IPVZ. Lektorský tým, který se podařilo dát dohromady je nejen odborně na výši. Přednášející jako prof.S.Komárek, doc. J. Šimek, MUDr.J. Šavlík, doc.J.Baštecký, prof.O. Gregor, Doc.Beran, MUDr.PhDr.J.Poněšický, PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála a další, kteří patří k našim předním odborníkům. Ačkoli jsou placeni obvykle jen za svou jednu přednášku, zůstávají většinou po celou dobu programu na místě, sledují s ostatními výklad a diskusi, do které se všichni bohatě zapojují. Na konci každého

ze dvou dnů kurzu se pak účastní společného panelu na téma, které posluchače celý den provázelo.

Právě bohatá diskuse v bezpečné, přátelské a pracovní atmosféře se stává pro tento pokračující kurz typickým znakem. Pro nás organizátory programu je to příjemné překvapení, i když právě to také bylo naším cílem. Psychosomatiku nevykládat jako soubor nesouvisejících informací a názorů různých individualit, ale jako prostor k přátelskému a plodnému setkávání lidí s různým vzděláním a zkušeností. A to se nejen podařilo, ale navíc se to setkalo s velkým ohlasem posluchačů. Medicína se zde setkává s psychologí, biologie se sociologí, teorie s praxí.

Vedení IPVZ zastoupení MUDr.Malinou, bylo velmi skeptické, pokud jde o zájem posluchačů o psychosomatickou medicínu, takže nedali souhlas k tomu, aby vznikla organizační jednotka, ať už subkatedra či dokonce katedra. Byli ochotni dát prostor nejvýš školícímu pracovišti psychosomatické medicíny, ale způsob, jakým zřízení nabídli (inzerát ve Zdravotnických novinách uprostřed léta, kdy jsou všichni na dovolených), aby dokázali, že o zřízení takového pracoviště není zájem, nebyl příliš vstřícný. Bude zajímavé sledovat, co nyní udělá vedení IPVZ se zájmem, kterému se kurzy Úvod do psychosomatiky těší. Velmi typické by bylo nějaké formální řešení a „neutralizace“ zájmu, které by rozvoj této oblasti zastavilo, ale nechme se překvapit.

V Liberci 10.5.2003

MUDr.Vladislav Chvála

Návrh pravidel na zřízení sítě psychosomatických pracovišť

Vážení kolegové

Má-li si psychosomatická medicína zjednat respekt ostatních oborů, měla by být schopna zorganizovat síť pracovišť, která jsou schopna poskytovat kvalitní služby psychosomatickým pacientům. To se neobejde bez pravidel, která by zajistila, že nebude přídomkem „psychosomatický“ označována každá ordinace jednotlivého lékaře či psychologa, kteří se zabývají také psychosomatickým pacientem, neměla by však svazovat tvůrčí ambice jednotlivců a týmů. Nevidím jinou cestu než připravit materiál, který společně prodiskutujeme tak, aby co nejvíce vyhovoval pestrým podmínkám, za kterých různá pracoviště vznikala, a poté materiál projednat s Ministerstvem zdravotnictví, aby byl vydán formou metodického pokynu. Předkládaný text je prvním „nástřelem“, který je určen k diskusi.

Psychosomatická pracoviště v síti zdravotnických zařízení

DEFINICE

Zdravotnické pracoviště, které je personálně i materiálně vybaveno k tomu, aby se mohlo starat jak o tělesné tak psycho-sociální aspekty stonání svých pacientů, může být označeno jako psychosomatické pracoviště především tehdy, pokud jejich klientelu tvoří převážně pacienti s chronickými, často psycho-sociálně podmíněnými tělesnými symptomy. Pracoviště může být podle svých možností orientováno na symptomy v rámci jednoho klinického oboru (Psychosomatická gastroenterologická ordinace, Psychosomatická gynekologická ordinace, Neurologická psychosomatická poradna, Lůžkové psychosomatické interní oddělení nemocnice atp.), nebo na širší část spektra symptomů v rámci více oborů nebo všeobecného lékařství (Psychosomatická poradna, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Psychosomatická klinika, atp.).

Všechny léčebné prostředky aplikované v rámci takového pracoviště lze racionálně zdůvodnit v rámci biologických nebo humanitních věd na současné úrovni a je vystaveno odborné kritice.

Používání přídomku "psychosomatický" v názvu pracoviště tam, kde nejsou splněny podmínky pro zařazení pracoviště do sítě PP podle tohoto materiálu je považováno za neetické, protože mate veřejnost a může kazit dobrou pověst psychosomatického hnutí v medicíně.

NEZBYTNÉ PŘEDPOKLADY K ZAŘAZENÍ DO SÍTĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PRACOVISŤ

1. pracoviště splňuje podmínky pro fungování zdravotnického pracoviště dle platných předpisů
2. zdravotnický tým je tvořen minimálně lékařem atestovaným v některém z klinických oborů, který splnil požadavky na funkční specializaci psychoterapie či psychosomatické medicíny (bude-li ustavena), a zdravotní sestry, v optimálním případě je tým tvořen lékařem, psychologem, zdravotní sestrou a dalšími odborníky
3. pracoviště je vybaveno vždy současně jak na práci s tělesnými symptomy (klinický medicínský obor, fyziatrie, akupunktura, léčba bolesti atp.) tak na práci s psychickými fenomény (psychoterapie individuální, skupinová, rodinná)
4. tým se pravidelně schází nad případy, v optimálním případě má zajištěnou pravidelnou supervizi týmu a supervizi případovou
5. pracoviště zařazené do sítě psychosomatických pracovišť je v kontaktu se společenstvím, které vyjednává a udržuje podmínky pro existenci takových pracovišť

KATEGORIE PSYCHOSOMATICKÝCH PRACOVISŤ

1. odborná psychosomatická ordinace:

je nejjednodušším zařízením v síti PP. Je tvořena zpravidla lékařem určité odbornosti, který je vybaven psychotherapeutickým vzděláním a je oprávněn psychoterapii vykonávat.

Identifikace: certifikáty o vzdělání, licence zdravotnického zařízení, zpráva o činnosti 1x ročně

2. psychosomatické pracoviště s mezioborovým týmem:

vyšší stupeň pracoviště v síti PP. Tým je tvořen více než jedním vysokoškolským pracovníkem ve zdravotnictví vzdělaným dle platných předpisů tak, že nejméně 0,5 pracovního úvazku vykonává pracovník s biologickým vzděláním (medicína), a nejméně 0,5

pracovního úvazku pracovník se vzděláním humanitním (psychologie). Pokud takové pracoviště využívá ke své práci jiných než zákonem určených profesí pracovníků ve zdravotnictví dle platných předpisů (spec.pedagog, sociolog, arteterapeut, taneční terapeut) zajišťuje vedoucí pracoviště jasné odlišení zodpovědnosti za vedení zdravotnické části léčených případů. Nutnou podmínkou fungování takového týmu jsou společné semináře nad složitými případy, vhodnou podmínkou je supervize týmu.

Identifikace: certifikáty o vzdělání, licence zdravotnického zařízení, zpráva o činnosti 1x ročně

3. Psychosomatická klinika:

je nejsložitější organizační uspořádání pracoviště psychosomatické medicíny. Její interdisciplinární tým se skládá z více lékařů různých klinických oborů a z více humanitně vzdělaných odborníků splňujících požadavky na funkční specializaci psychoterapie, kteří úzce spolupracují nad komplikovanými případy psychosomatického typu pacientů. Tým psychosomatické kliniky disponuje jak diagnosticko-terapeutickým spektrem několika somatických oborů (interna, rehabilitace, neurologie, gynekologie atd.) tak širším spektrem diagnosticko- psychoterapeutických technik z oborů psychologie a psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná terapie, tělové techniky). Nutnou podmínkou fungování takového týmu jsou společné semináře nejméně 1x týdně nad složitými případy, vhodnou podmínkou je supervize týmu. Psychosomatická klinika může být organizována jako ambulantní, lůžkové pracoviště nebo stacionář. V takovém případě se její organizace řídí podmínkami pro zdravotnické zařízení příslušného typu.

Identifikace: certifikáty o vzdělání, licence zdravotnického zařízení, rozpis seminářů a supervizí týmu, zpráva o činnosti 1x ročně

4. Výukové pracoviště psychosomatické medicíny:

Splňuje-li pracoviště podmínky pro zařazení do sítě psychosomatických pracovišť a navíc se zabývá výukou v oblasti psychosomatiky a psychoterapie, může být využito MZd. jako pracoviště výukové. Výukou rozumíme pořádání kurzů případně výcviku terapie psychosomatických poruch akreditovaném pro zdravotnictví.

Identifikace: certifikáty o vzdělání, licence zdravotnického zařízení, rozpis seminářů a supervizí týmu, doklad o akreditaci výcviku pro zdravotnictví, seznam výukových aktivit, seznam publikací, doklad o pověření pracoviště výukou od MZd, zpráva o činnosti 1x ročně

VÝKONY POUŽÍVANÉ NA PSYCHOSOMATICKÉM PRACOVIŠTI

Z výše uvedených důvodů je obtížné nabídnout jedinou vhodnou sadu výkonů, kterou by pracoviště mělo poskytovat. Stávající systém zdravotního pojištění umožňuje nasmlouvat vedle kódů hlavní odbornosti (xxx21, xxx22, xxx23) také některé kódy další autorské odbornosti (např. 910- psychoterapie: 35520 PT individuální, 35610, 35620, 35630- skupinové PT dle velikosti skupiny, 35650- rodinná terapie) po splnění příslušných požadavků na vzdělání. Z dalších výkonů, pokrývajících spíše nesystematicky prováděnou psychoterapeutickou podporu pacienta je možno použít 35117- rozhovor psychiatra, pedopsychiatra, klinického psychologa nebo sexuologa s pacientem nebo dalšími příslušníky rodiny (190 bodů), nebo 37115 krizová intervence. Zajímavě je definován kód 37111- specifická psychologická intervence (136 bodů á 30 min), který je určen pro psychologickou intervenci u somatických pacientů a i když není nijak úžasně ohodnocen, mohl by pomoci tam, kde pracovníci PP nemají ještě dokončené také PT vzdělání.

Tak může vznikat zcela originální sada vhodných výkonů pro každé pracoviště zvlášť podle převažujícího oboru působení. Bude-li např. hlavním oborem takového PP kardiologie, bude mít

nasmlouvány příslušné kódy kardiologie a k nim některé z kódů psychotherapeutických. Podobně pro neurologicky, gynekologicky nebo jinak zaměřené PP. Z dalších vhodných výkonů by se pro taková pracoviště, kde se podaří prosadit fungování týmu, je tzv. konference nad případem z autorské odbornosti algesiologie (80025 -multidisciplinární konference o průběhu nemoci). Je třeba trvat na konání konferencí nad případy, protože je to hlavní nástroj fungování týmu.

Návrh k diskusi a pro výbor sekce psychosomatiky vypracoval MUDr.V.Chvála V Liberci 6.7. 2003, diskutujte na mou adresu: chvala.vladislav@iol.cz

M.Jarolímek: Psychosomatická klinika, s.r.o.

Adresa: Patočkova 3, 169 00 Praha 6

Telefon: 233 351 741

<http://www.psychosomatika.cz>

e-mail: klinika@psychosomatika.cz

Motto: Tak jako nelze léčit oči bez hlavy a hlavu bez těla, nelze léčit tělo bez duše. (Sokrates)

Podle výše uvedené filozofie u nás nabízíme komplexní přístup k pacientovi. V současné době jsou na našem pracovišti kvalifikovaní psychologové, psychiatr a gynekolog. V blízké době se rozšíříme o ambulanci neurologickou, kožní, chirurgickou a o pracoviště fyzioterapeutické.

Základní strategií této kliniky je mezioborová týmová spolupráce, jejímž cílem je nalézt optimální péči pro konkrétního pacienta. Jednotliví členové týmu (psychotherapeuti i somatičtí lékaři) se budou vídat na pravidelných setkáních, určených k probírání společných pacientů. Supervizi celého týmu, jakož i konkrétní práce s pacienty bude poskytovat MUDr. Vladislav Chvála a PhDr. Ludmila Trapková.

Jsme v úzkém kontaktu s předními odborníky různých lékařských odborností, ať už v ambulancích nebo v lůžkových zařízeních. V případě naléhavé potřeby specializovaného vyšetření či hospitalizace tak můžeme vše zajistit s patřičným standardem.

Většina námi poskytovaných služeb je hrazena zdravotními pojišťovnami, přímou platbou se hradí nadstandardní péče. **Pacienty je potřeba předem objednat na výše uvedeném telefonním čísle nebo e-mailové adrese.**

Spojení: nejlépe tramvají č. 8 ze stanice metra Hradčanská směrem na Bílou Horu, zastávka Hládkov.

V současné době nabízíme: individuální psychotherapii, rodinnou terapii, skupinovou psychotherapii, fyzioterapii, lékařskou péči gynekologickou.

Informace o postupném rozšiřování našich služeb bude možné nalézt na www.psychosomatika.cz

Za současné pracovníky: MUDr. Martin Jarolímek – odborný garant

PhDr. Jaroslava Goldová – psycholog, psychotherapeut, odborný garant pro psychology

MUDr. Petra Pokorná – psychiatr, psychoterapeut
Mgr. Lenka Cibulková – psycholog, psychoterapeut
PhDr. Martin Cipro – psycholog, psychoterapeut
PhDr. Markéta Rokytová – psycholog, psychoterapeut
Mgr. Milan Stiburek – psychoterapeut
MUDr. Kateřina Jarolímková – gynekolog, porodník

J.Šavlík, J.Hnízdil: Návrh na zřízení psychosomatické rehabilitace

S konceptem psychosomaticky orientovaného rehabilitačního oddělení kují železo dokud je žhavé také kolegové Šavlík a Hnízdil. Svému vedené píší:

Vážení pánové,
v souvislosti s podporou, kterou jste při osobním jednání dne 5. 5. 2003 vyjádřili našemu návrhu zřídit v rámci fakultní polikliniky samostatné oddělení psychosomatické rehabilitace (OPR), si Vám dovoluujeme zaslat představu o vlastní realizaci projektu.

Umístění pracoviště:

Stávající prostory psychosomatické poradny FP VFN, II. patro, budova A. a prostory RHB oddělení FP VFN, II. patro, budova A. Zřízení OPR tak nevyžaduje žádné stavební ani technické úpravy, pouze, před jeho začleněním pod pracoviště Horní Palata, dovybavení základním interiérem a PC technikou.

Personální zajištění:

1 lékař psychosomatik – MUDr. Jirí Šavlík, CSc.,

1 lékař FBRL – MUDr. Jan Hnízdil

3 stávající tabulková místa fyzioterapeutů oddělení RHB. Pro práci na OPR však s podmínkou zařazení či absolvování psychoterapeutického výcviku. O práci na tomto oddělení již projevila předběžný zájem fyzioterapeutka pracující v současné době na RHB psychiatrické kliniky VFN, zařazená do psychoterapeutického výcviku. Naší snahou je, aby i místa ostatních fyzioterapeutů byla zajištěna již stávajícími zaměstnanci VFN, kterým je blízká problematika psychosomatického přístupu.

Statut pracoviště:

V rámci fakultní polikliniky samostatné oddělení psychosomatické rehabilitace s vlastním nákladovým střediskem, organizačně i metodicky spadající pod denní sanatorium Horní Palata.

Spektrum poskytované péče:

OPR bude poskytovat, tak jako dosud, kompletní nabídku rehabilitační péče, ale v intencích týmové práce a psychosomatického přístupu. Potenciál současného oddělení rehabilitace tak bude v plném rozsahu zachován. Poskytovaná péče však bude rozšířena o ambulantní diagnostiku a terapii všech psychosomatických poruch, s využitím možností rehabilitace a psychoterapie individuální, skupinové, rodinné či partnerské a relaxační terapie (muzikoterapie, autogenní trénink, psychorelaxační techniky,...)

Přínos oddělení:

A) medicínský

Do ordinací praktických lékařů přichází zhruba 40% pacientů trpících psychosomatickými (funkčními, vegetativními, reaktivními, stresovými) onemocněními. 80% dospělé populace trpí občasnými či chronickými bolestmi zad a jinými poruchami pohybového aparátu, především funkčního charakteru. Tyto obtíže nejsou v daném systému zdravotnictví ani včas diagnostikovány, ani odpovídajícím způsobem léčeny, a to především proto, že při jejich posuzování nejsou zohledňovány psychické a sociální souvislosti. Cílem práce oddělení psychosomatické rehabilitace je včasná diagnostika a efektivní terapie tohoto širokého spektra pacientů.

B) ekonomický

Z charakteru psychosomatických poruch vyplývá v současném systému zdravotnictví řada zbytečných vyšetření s negativním nálezem, na jejich léčbu jsou zbytečně vynakládány nemalé finanční prostředky i potenciál zdravotnického personálu.

Sdružené výkony oddělení psychosomatiky a rehabilitace skýtají i větší možnosti z hlediska bodového hodnocení poskytované léčebné péče.

Předpokládaný termín zahájení provozu OPR:

Domníváme se, že je v zájmu všech zúčastněných, aby technické, personální i administrativní otázky byly vyřešeny co nejdříve, tak, aby mohl být provoz OPR neodkladně zahájen.

V Praze 22. 5. 2003

MUDr. J. Šavlík, CSc., MUDr. J. Hnízdil

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

Pokračovací kurz IPVZ v psychosomatické problematice

Úvod do psychosomatiky III

Termín: 3.-4.října 2003

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

MUDr.Fr.Krtička:	Psychosomatika z pohledu chirurgické praxe
Doc.J.Beran:	Porozumění lidskému jednání ve zdraví a nemoci
Chvála+Trapková:	Psychosomatický příznak v rodině
PhDr.LTrapková:	Balintovská skupina

Doc.PhDR. A. Hogenová, CSc.: Fenomenologie a tělesnost

Prof.RnDr.S.Komárek: Medicínsko-průmyslový komplex (MPK), nástupce církvi v dnešní společnosti?

PhDr.E.Křížová: Postoje zdravotníků k alternativní medicíně

Trapková+Chvála: Kasuistický seminář

Příhlášky je třeba zasílat obvyklým způsobem poštou na adresu: IPVZ, odd. organizace studia, Budějovická 15, 14000 Praha 4 nebo na e-mailovou adresu:

[Příhlasky@ipvz.cz](mailto:Prihlasky@ipvz.cz)

Za organizátory: MUDr.Chvála

Psychosomatické disputace IV

tentokrát s dermatology

Jak působí psychika či vztahy pacienta na kožní projevy? Nebo je to obráceně? Kožní nemoci ovlivňují vztahy a psychiku člověka? Chcete na toto téma diskutovat s dermatology? Chcete vědět, co si oni myslí o kožních chorobách a jaké jsou možnosti spolupráce s nimi?

V takovém případě přijďte do lékařského domu **dne 13.října 2003 v době od 14.00 do 17.00**

Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP spolu s Psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP zde pořádají tradiční setkání zástupců některého z klinických oborů s psychoterapeuty, tentokrát se bude jednat o dermatologii. Odbornou diskusi o různém chápání kožních příznaků bude moderovat jako obvykle dvojice MUDr.Vladislav Chvála a PhDr.Ludmila Trapková. Za dermatovenerology vystoupí doc.Růžena Pánková a další lékaři. Přijďte také diskutovat, nebo jen zahlédnout „rozdíl činící význam“ (Bateson).

SPOLEČNOST RODINNÝCH A SYSTEMICKÝCH TERAPEUTŮ SOFT
ČESKÁ PSYCHOTERAPEUTICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP
PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

POŘADAJÍ

Symposium rodinné terapie

ČAS PRO RODINU
HEJNICE 2. A 3. DUBNA 2004

AKTUÁLNÍM TÉMATEM ČASU SE BUDOU ZABÝVAT **RODINNÍ TERAPEUTI** SPOLU S FILOSOFY, BIOLOGY, SOCIOLOGY, LÉKAŘI, PSYCHOLOGY, TEOLOGY, NOVINÁŘI A DALŠÍMI PROFESEMI V PŘÍJEMNÉM PROSTŘEDÍ BÝVALÉHO FRANTIŠKÁNSKÉHO KLÁŠTERA V HEJNICÍCH.

KONFERENCEČNÍ POPLATEK PRO ČLENY SOFTU: 300KČ, NEČLENOVÉ: 500KČ
UBYTOVÁNÍ S PLNOU PENZÍ: 700KČ, URČENO PŘEDEVŠÍM PRO: RODINNÉ TERAPEUTY

ZÁKLADNÍ PROGRAMOVÁ NABÍDKA:

DOC.PH.DR.ANNA HOGENOVÁ, filosofka:	FENOMENOLOGICKÉ POJETÍ ČASU A PROBLÉM PROŽÍVÁNÍ PŘÍTOMNOSTI
DOC.PH.DR.ANNA HOGENOVÁ:	K FILOSOFII DOMOVA A ŽENSTVÍ
MUDR. VLADISLAV CHVÁLA,sexuolog:	HYPOKAIROZY: NEMOCI Z NEDOSTATKU ČASU?
PROF. RNDR. STANISLAV KOMÁREK, biolog:	VÝZNAM SYNCHRONIZACE DĚJŮ PRO ZRÁNÍ BIOLOGICKÝCH SYSTÉMŮ
MUDR.MARTIN KONEČNÝ, psychiatr:	ČASY A PROSTORY V RODINĚ
PH.DR.JIŘÍ KUBIČKA, psycholog:	KOMU PATŘÍ ČAS? ANEB MULTIPLICITA A KONFLIKT ČASOVÝCH PERSPEKTIV V TERAPII
MGR.PAVLA LOUCKÁ,jazykozpyt:	ZUB ČASU - ARCHEOLOGIE ČASOVÝCH STOP V JAZYCE
TH.DR.ING.MILOŠ RABAN, kněz:	PÉČE O PLYNUTÍ ČASU V RODINĚ
MUDR.,MGR. RADVAN BAHBOUH, psycholog:	ČAS LINEÁRNÍ A ČAS CIRKULÁRNÍ
MGR. IVANA REINEROVÁ, psycholožka:	SPOLEČNÉ STOLOVÁNÍ A JEHO MÍSTO V RODINNÝCH RITUÁLECH
PROF.PH.DR. JAN SOKOL, filosof:	ČAS SVĚTA A ČAS ŽIVOTA
PH.DR.LUDMILA TRAPKOVÁ, psycholožka:	ČAS UVNITŘ A ČAS VNĚ
PH.DR.HANA VYHNÁLKOVÁ, psycholožka:	ČAS PROMĚNY V RODINĚ- RODINA V PROMĚNÁCH ČASU

☯ KOORDINÁTOR
SYMPOZIA:

MUDR.VLADISLAV CHVÁLA
(chvala.vladislav@iol.cz)

- PŘÍPRAVNÝ VÝBOR:** CHVÁLA, TRAPKOVÁ, MACEK, KNOP
 UBYTOVÁNÍ: MEZINÁRODNÍ CENTRUM DUCHOVNÍ OBNOVY, KLÁŠTERNÍ 1, HEJNICE, PSČ.463 62, PANÍ ŠIKLOVÁ
 TEL.: 482360214
- PŘIHLÁŠKY:** SKT LIBEREC, JÁCHYMOVSKÁ 385, LIBEREC 10, 46010, skt@sktlib.cz, ELEKTRONICKÁ PŘIHLÁŠKA JE NA WEBOVÝCH STRÁNKÁCH SOFTU <http://soft-os.hyperlinx.cz>
- KAPACITA: MAXIMUM 70 MÍST** REZERVUJTE SI VČAS ZAPLACENÍM KONFERENCEČNÍHO POPLATKU 300 Kč NA Č.Ú NA ÚČET SOFTU: **631367001/2400** U EBANKY. VE ZPRÁVĚ PRO PŘÍJEMCE UVEĎTE SYMPOZIUM RT A SVÉ JMÉNO, ABYCHOM MOHLI PLATBU IDENTIFIKOVAT
- AKTIVNÍ ÚČAST: PŘEDNÁŠKY-DÍLNY-PERFORMANCE** SVÉ **PŘÍSPĚVKY NABÍZEJTE PÍSEMĚ** NA E-MAILOVOU ADRESU KOORDINÁTORA **DO 30. ZÁŘÍ 2003**. DO PROGRAMU BUDETE ZAŘAZENI DLE TÉMATU PODLE DATA PŘIJETÍ AŽ DO CELKOVÉ KAPACITY JEDNACÍHO ČASU SYMPOZIA. **TEXTY SVÝCH PŘEDNÁŠEK PRO MOŽNOST VYDÁNÍ SBORNÍKU, DODEJTE PROSÍM DO 31.12.2003**
- STORNOVÁNÍ ÚČASTI:** V PŘÍPADĚ NEÚČASTI SE KONFERENCEČNÍ POPLATEK NEVRACÍ!

Seminář psychosomatické kliniky s.r.o.

Dostali jsme pozvánku na 2. seminář pořádaný Psychosomatickou klinikou:

- Kdy?** 7.10. 2003 v 18:00
Kdo? doc. MUDr. Jiří Šimek
Co? Psychosomatika a psychoanalýza
Kde? Psychosomatická klinika, Patočkova 3, Praha 6
 (www.psychosomatika.cz)

Program dvouletého výcviku pro pomáhající profese v Gestalt terapeutickém pojetí

pořádá

Pražský psychoterapeutický institut, pobočka Liberec
Jáchymovská 385, 46010 Liberec 10,
skt@sktlib.cz

Výcvik si klade za hlavní **cíl** seznámit účastníky se základními principy a pojmy Gestalt terapie, naučit je základním dovednostem v psychoterapeutické práci a přinést zvýšení profesionality v práci s lidmi. Biopsychosociální princip je základním paradigmatem.

Výcvik je určen zejména:

pro lékaře, psychology, fyzioterapeuty, zdravotní sestry, sociální pracovníce, těm kteří chtějí získat základní nástroje pro terapeutickou práci a to zejména v psychosomatickém přístupu.

Výcvik si klade za cíl pokrýt svým programem především tato témata:

- ✓ uvědomění a zakotvení v přítomnosti
- ✓ jedinec v interakci – dialogu s prostředím; vztahy a komunikace,
- ✓ vedení terapeutického rozhovoru, jak si porozumět
- ✓ vnitřní dialog; „dialog těla a duše“; tělo a signály z něho
- ✓ emoce – jejich vliv a moc
- ✓ potřeby a jejich naplňování, dokončování toho, co je nedokončené
- ✓ psychosomatický přístup – celistvost organismu
- ✓ práce s traumatem
- ✓ rodinný kontext, mužský a ženský kontext
- ✓ vývojové teorie a jejich aplikace v praxi
- ✓ životní příběh a jeho otisky v jedinci
- ✓ co je zjevné a co je skryté – implicitní a explicitní, fenomenologický princip
- ✓ kdo jsem člověk a kdo jsem profesionál
- ✓ proces terapie, etika v práci s lidmi

Výcvik **se uskuteční** v **SKT Liberec** formou 13 dvoudenních setkání v celkovém rozsahu cca.210 výcvikových hodin.

Zahájen bude nejspíš na přelomu roku 2003 – 04. Výcvik bude otevřen za předpokladu dostatečného počtu zájemců, maximálně však 20. Stálým výcvikovým lektorem a odborným garantem je Jan Knop, několikrát budou přizváni hosté.

Svůj **předběžný zájem** sdělte na výše uvedenou adresu. Zašleme vám další informace.

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

I.Vindušková: Práce s příběhem i na lůžkové psychiatrii?

Příspěvek přednesený na dni rodinné terapie v rámci ČLS JEP, který se konal dne 8.4.2003 v Lékařském domě v Praze.

Vážené dámy, vážení pánové,

chtěli bychom Vás seznámit s naším způsobem užití rodinné terapie v malém psychiatrickém sanatoriu v České Lípě. Neděláme si nárok na kvantitativní zhodnocení naší úspěšnosti, ale chápeme náš příspěvek spíše jako krátké nahlédnutí do naší každodenní práce a na cesty, po kterých se při léčbě vydáváme.

Toto sanatorium má ambulantní a lůžkovou část. My s kolegou pracujeme pouze na lůžkové části. Ta zahrnuje 11 lůžek výhradně pro ženy. Sanatorium funguje především pro oblast Českolipska, Děčínska a Šluknovský výběžek. Kromě místních se zde objevují i pacientky z jiných oblastí Čech, převážně z Liberecka. Ty však přicházejí většinou s konkrétnější psychoterapeutickou zakázkou. Ročně sanatoriem projde okolo 220 pacientek.

Letos tomu bude 10 let, co bylo sanatorium zřízeno zásluhou primáře Ladislava Hnídka. Myslíme si, že ačkoli je malé, dokáže dobře léčit chronicky nemocné pacientky, i některé akutní stavy v této oblasti a s tím dovede skloubit i uvedené psychoterapeutické zakázky.

Já jsem původně neuroložka a k psychiatrii jsem se dostala přes rodinnou terapii. Tu jsem poznala v SKT Liberec. Po výcviku v rodinné terapii jsem hledala možnost využití znalostí z neurologie a psychoterapie na poli medicíny. Když se mi před třemi lety naskytla příležitost pracovat na ženském oddělení, potěšilo mě to. Bylo mi to blízké ze dvou důvodů. Jednak jsem také žena a za druhé jsem se při své práci v nemocnici setkávala s tím, že ženy často bývají somatizujícím článkem v rodině.

Měla jsem štěstí. Primář oddělení měl vlastní pracovní zkušenost s rodinnou terapií a podpořil naši práci. A můj kolega dr. Švela začal psychodynamický výcvik u lektorů, kteří byli také mými výcvikovými lektory v rodinné terapii. To celé vytvořilo bázi na sjednocování terapeutických postojů a především společném jazyku týmu. Ten se stává nejdůležitějším spojovacím článkem v naší terapeutické práci.

Režim našeho oddělení se formoval postupně, spontánně a hlavně s respektem k dosavadním zkušenostem tohoto oddělení. Nahlížíme-li na složení

personálu přes prizma rodiny, představují „otcovskou“ část primář a psycholog, „mateřskou část“ já a sestry. Vzhledem k tomu, že jsme oddělení malé, otevřené a režimové, může se tato vztahová problematika celkem výrazně projevovat a my ji můžeme využívat k léčbě.

Jak jsem již uvedla, jsme oddělením pro určitou oblast severních Čech, nikoli pro určitou diagnózu. Kritériem možnosti hospitalizace pacientek u nás je schopnost dodržovat režim. Převážná většina žen vůbec neočekává psychoterapeutickou práci, pouze léky a ležení v posteli. Myslím, že tady je veliký rozdíl mezi zařízením explicitně psychoterapeuticky pracujícím, kam přicházejí pacienti připraveni k určité vlastní aktivitě. Již během přijetí se snažíme zmapovat zakázku pacientky, a to je pro nás ukazatelem, kam nasměrujeme naše úsilí. Od počátku sledujeme příběh klientky v kontextu rodinných vazeb a směr příběhu. Je jasné, že u pacientek před invalidním řízením nemáme velkou šanci měnit příběh nemoci pacientky, protože její zakázkou je invalidizace.

Rodina pacientky a její příběh je základním stavebním kamenem naší práce. Používání běžné rodinné vztahové terminologie a vtahování latentně přítomných rodinných příslušníků do terapie nám umožňuje najít s pacientkami společnou řeč a vytvořit bezpečný a srozumitelný prostor, kde dochází k diferenciaci Já pacientky se současným zachováním emočních vazeb k členům rodiny. Např. metaforická řeč sociálního porodu je pro ženy naprosto srozumitelná, ačkoli jejich vzdělání je třeba jen základní. Ve vztahu k rodinné terapii nejsme vyhraněni jedním směrem, nýbrž vybíráme si to, co je nám blízké. Určitě pracujeme s individuální systemickou psychoterapií, někdy s celou rodinou, využíváme narativního přístupu, blízká nám je práce Satirové, používáme práce s časovou osou a od počátku se snažíme externalizovat.

Stále pamatujeme na aktuální stav pacientky a vycházíme z jejích potřeb. Pracujeme v situaci „tady a teď“ a podle toho, jaké záležitosti se vynoří, pokračujeme dál, nebo upřesňujeme zakázku. To nás někdy dovede do předchozí generace, ale nebývá to zpravidla víc než tři generace zpět.

Jako např. když jsme přijali 33 letou ženu s psychotickou symptomatologií. Dominoval u ní výrazný strach z možného těhotenství. Měla tři děti a přišla v době, kdy se vážně začala zabývat myšlenkou, že opustí svého manžela. Po celou dobu hospitalizace jsme pracovali na vztahovém kontextu současné rodiny. Na závěr hospitalizace se ale souběžně objevují strach a vina, které provázejí rodinu pacientky po tři generace. Její babička zůstala sama s šesti dětmi, které nemohla uživit. A jak říká pacientka -“ prodala je proto do různých rodin“. Ve světle těchto rodinných událostí matka viděla ve své dceři, naší pacientce, svou matku. A tak se současná situace pacientky mohla podobat situaci její babičky a mít vliv na psychotickou dekompenzaci.

Naše práce probíhá jednak formou individuálních konzultací, jednak formou komunitní a skupinové práce. Vzhledem k tomu, že se obou těchto forem účastníme, dostáváme se do velmi přehledného kontaktu s pacientkami. S ohledem na pestrost diagnóz, osobností i věku patientek, které bývají ve věkovém rozpětí od 16 let někdy do 80 let věku, je každé skupinové sezení částečně strukturované. Pokud přicházejí pacientky s vlastním tématem, dáváme mu přednost a prostor. Pokud téma není, zadáváme práci. Patientky přinášejí své osudy. Většinou pracujeme formou trojdopisů, pomocí kterých si pacientky uvědomují a verbalizují svoje emoce a současně upřesňují své potřeby a přání vůči členům rodiny, ale i nemoci či problému, které jsme předtím externalizovali. Je až překvapující, kolik tvořivosti a postřehů pacientky mají.

Často se tady pohybujeme ve čtyřech typických situacích:

1. období, kdy se pacientky nedovedou oddělit od své původní rodiny
2. období, kdy nedokážou uvolnit děti ze své rodiny
3. období, kdy samy jsou ještě uvízlé u svých rodičů, třeba dávno mrtvých, a nedokážou pustit své dospělé děti do samostatného života
4. jde o vztahovou problematiku k partnerům, manželům, třeba již několika bývalým, a mužům vůbec. Patientky se v těchto vztazích často stavějí do role obětí. Z tohoto pohledu je vhodné právě jen ženské oddělení, kde terapie není bržděna nefunkčními obranami vůči mužům a současně ženy mohou modelově vidět, že terapeuti spolu přes různost pohlaví mohou vycházet a respektovat se.

Bývalé hospitalizované pacientky mají vždy možnost kdykoli se účastnit psychoterapeutických skupin. To se nám velmi osvědčilo, protože jejich spontánní aktivita ve skupinách motivuje ostatní pacientky v léčbě. Bývalé pacientky tak tvoří jakousi páteř a motor léčby. Ty také využívají skupin v následné vlastní léčbě. Zde efekt neoddiskutovatelně vidíme.

Příkladem je jednatřicetiletá žena, která byla od r. 1995 jedenáctkrát hospitalizovaná pro floridní psychotickou ataku. Jedenkrát pro totéž u nás v r. 2001. Další tři pobyty v našem zařízení byly již vysloveně psychoterapeutické a rehabilitační. Tato žena byla v dětství pohlavně zneužívaná svým dědou a psychotická symptomatologie se rozvinula poté, co došlo k trestnímu stíhání dědy pro zneužívání jiných dívek. Děda spáchal sebevraždu a vše se stalo rodinným tajemstvím. V současné době dokáže žít sama, navštěvuje výtvarnou školu a připravuje výstavu svých prací.

Zajímavý je také příběh čtyřiapadesátileté pacientky. Ta jen od r.1995 prošla devětadvaceti (!) hospitalizacemi na psychiatrii a mnoha dalšími na somatických odděleních, kde pozbyla spoustu svých orgánů, určitě všechny ženské. Komunikovala vysloveně pomocí tělesných příznaků. Její hypertenze se nedala zkorigovat a vážila 42 kg. Cítila se nepochopena celým světem. Ke změnám začalo docházet od naší hospitalizace v létě r. 2001. Při jedné z vizit nám paní koketně

sdělovala, že jedla nanukový dort a v krku jí uvízl kousek slídy. Já sama bych tuto informaci přešla jako jednu z mnoha jejích her. Naštěstí vedle mě stál primář, který si povšiml záblesku strachu v jejích očích. Pacientku jsme poslali na ORL. Slída v krku vyplývala z její velké touhy po pozornosti a důvěře. Od té doby došlo ke změnám v průběhu hospitalizace. Somatické a duševní stesky pacientky jsme začali brát vážně. Akceptovali jsme i její hry jako pro ni příznačný způsob komunikace a začali jsme přikládat i důležitost svízelné rodinné situaci. Ta opět přesahuje až do předchozích dvou generací. Tato pacientka ve svém životě rezignovala na ženství. Velmi nás potěšilo, když na ranní poradě kolegyně z ambulance konstatovala, že pacientka při kontrole nesděluje množství obvyklých stesků, ale chlubí se svými novými džínami dětské velikosti a řasenkou podle televizní reklamy. A to ještě nedávno chtěla mít postavu jako Schwarzenegger a cítit se silná jako muž.

Některé pacientky hospitalizací projdou jen jednou a pak o nich již nemáme zprávu. Potěší nás ale, když se dovíme, jak si vedou v životě. Jiné se přijdou po nějaké době ukázat. Další se objeví, když jsou v krizové situaci. Navštíví 3-4 skupiny, a pak se zase ztratí.

Poslední takovou zkušenost máme s klientkou s laktační psychózou. Přivedla ji k nám teta, protože pacientka utekla z léčebny a od lékařů v místě bydliště. Rodina si s ní nevěděla rady. Po celou dobu hospitalizace jsme pracovali jen na základní důvěře a přijetí medikace. Vztahový kontext, kde ona byla svobodnou matkou a otcem dítěte byl ženatý muž, kterého před úřady zapřela, jsme museli pominout. Její pobyt ve skupině a nahlížení na osudy ostatních žen jí poskytl důvěru. Asi za dva měsíce po propuštění si již spontánně přijela vyslechnout názor skupiny na možnost návratu do zaměstnání.

Doba hospitalizace u nás trvá obvykle 3 týdny. Osvědčil se nám systém, kdy najednou propouštíme a přijímáme 6-8 pacientek. Pacientky s délkou hospitalizace seznamujeme. Zjistili jsme, že poté pacientky dovedou získané změny otestovat v každodenní realitě jejich života. Mají nabídku hospitalizaci po určité době zopakovat a navázat na předchozí. U motivovaných pacientek vnímáme jako velmi výhodnou další psychoterapeutickou práci v místě bydliště, která posílí a ukotví nabyté dovednosti a pracuje na objevených tématech.

V závěru bych chtěla říci, že si velmi cením skutečnosti, že na našem oddělení, neplýtváme silami hledáním odpovědi na otázku, zda je účinnější - farmakoterapie nebo psychoterapie. Vzájemně se respektující vztahové prostředí vytvořilo prostor pro spojení obou terapií, a umožnilo tak nalezení společné specifické léčebně tvořivé cesty pro několik pacientek a několik zdravotníků na severu Čech. Jsme si vědomi řady omezení v naší práci, která souvisejí s typem klientely, s níž pracujeme, a také s našimi vlastními možnostmi.

Česká Lípa, květen 2003

J. Podlipný: Setkávání rodinné terapie a psychiatrie

Príspevek prednesený na dni rodinné terapie v rámci ČLS JEP, ktorý sa konal dne 8.4.2003 v Lékařském domě v Praze.

Pohlédneme-li na historii psychiatrie, potom nás může překvapit, kolik kolegů se postupně začalo odklánět od hlavního proudu dobového paradigmatu. Konfrontování s utrpením duševně nemocných pacientů a při zachování vlastního tvůrčího potenciálu nutně hledali alternativní hypotézy, nutně hledali východiska. Ve svém příspěvku se chci vyzpovídat nejprve z toho, s jakými myšlenkami se začínající psychiatr potýká. Tedy: „Jak jsem to zažil já...“. Ve druhé části pak uvedu konkrétní zkušenosti s aplikací rodinné terapie v prostředí Psychiatrické kliniky FN v Plzni.

Jedním z pohledů, který v současnosti pomáhá posunu vývoje, je bezesporu také systemický – rodinně terapeutický. Chci zdůraznit jeden aspekt, který možná není tolik v centru pozornosti jako ostatní. Totiž: systemické paradigma je stejně důležité pro profesionály, kteří poskytují pomoc při léčbě duševních poruch, jako pro jejich pacienty-klienty – protože – systemický a rodinně terapeutický pohled pomáhá udržet integritu terapeutovy osobnosti. Tváří v tvář tak obtížně ovlivnitelným poruchám, jako je enuréza, bolesti hlavy nebo poruchy příjmu potravy, je nanejvýš důležité ošetřit nějakým sofistikovaným způsobem toho zoufalce či troufalce, který se pasoval na terapeuta a hodlá do věcí vstupovat, měnit pochody a intervenovat. Filozofie autopoetického systému a sebeuspořádávajícího se chaosu je přece k tomu ideální. Dá nám pocit, jako bychom do hloubky věcí pronikli, přitom současně na nás neklade nároky, aby se to skutečně stalo – tedy že všemu rozumíme. Je to proto, že operuje s náhodnými ději, které jsou nepředpověditelné. A i kdybychom disponovali sebedokonalejší soustavou matematických modelů, které se snaží popsat současnost a předpovědět budoucnost, stejně při vyznávání této víry **operujeme s náhodou stejně důstojně jako s kauzalitou**. A tedy i s vlastní nevědomostí jako s vlastní vědoucností. Není snad pozitivistický přístup na rozdíl od toho přístupem, který číší pýchou? Není snad v pozadí pozitivismu někde ukryta infantilní představa o tom, že „to jednou všechno vyzkoumáme...“?

Pokud se tedy duševních (ale i tělesných) poruch dotýkáme systemickými nástroji rodinné terapie a nahlížíme tímto prizmatem, neklademe na sebe obvykle nerealistický úkol PŮSOBIT NA OKOLÍ JAKO BŮH VŠEMOHOUCÍ, ale naším cílem je spíše kontakt a komunikace se svébytnými procesy. Z psychohygienického hlediska je to samozřejmě daleko výhodnější pozice, ze které v konečném důsledku těžíme nejenom my, ale i naši pacienti.

Zde se dostávám již k úskalí, které platí pro setkávání rodinné terapie a psychiatrie. Při rodinné terapii obvykle vyžadujeme, aby pacienti formulovali zakázku. Těžko se nám pracuje, pokud nevíme, co pacient chce změnit, co ho trápí,

jakou má představu o dalším bytí. Pro psychiatrii toto ale neplatí. To, že by pacienti formulovali zakázku, není v psychiatrii bohužel pravidlem. Samozřejmě: slušný psychiatr neléčí pacienta proti jeho vůli (pokud není životu nebezpečný sobě nebo někomu z okolí). To ale není to samé, jako požadavek formulace zakázky. Pokud v psychiatrii neformuluje pacient zakázku, tak ji za něj obvykle formuluje psychiatr. Také se stává, a to především u dětských pacientů, že zakázku formuluje nějaká instituce (škola, sociální pracovníci apod.). V těchto případech vidím možnost spolupráce mezi psychiatrií a systemickou rodinnou terapií jako obtížnou, ba nemožnou. Pokud se pokusíme na poli psychiatrie pracovat systemicky, tak to asi bude možné v případech, kdy před sebou máme klienta či rodinu s určitou mírou potenciálu k formulaci zakázky. Záleží na nás, jestli ho probudíme a využijeme. V tomto aspektu může systemický přístup být pro psychiatrii velmi inspirující - můžeme přece i jako psychiatrii bez systemického výcviku postupovat s následující zásadou: pokud je pacient schopen, tak ať formuluje to, co od nás očekává. Je třeba důkladně a důsledně testovat tuto jeho schopnost. Bude se nám to hodit vlastně v jakémkoli medicínském oboru. Můžeme tím předejít mnohým nedorozuměním z toho, že budeme pacientovi v dobré víře vnučovat něco, o co vůbec nestojí...

Nyní bych popsal, jak na našem pracovišti konkrétně aplikujeme rodinně terapeutický přístup v léčbě. Pracuji na dětském odd., kde jsou možnosti této aplikace nejširší. Ke spektru poruch patří: poruchy chování, poruchy příjmu potravy, poruchy nálady, psychotické poruchy, OCD, enuréza, separační úzkostné poruchy, hyperkinetické poruchy aktivity a pozornosti a další. Součástí hospitalizace je již „historicky“ pohovor s rodiči. V minulosti sloužil k tomu, aby byla získána tzv. objektivní data. V minulosti probíhal separátně od dětského pacienta, bylo pravidlem, že se ho dítě neúčastní aby „nekontaminovalo objektivitu“. Využil jsem této příležitosti a začal pohovor s rodiči využívat jako sezení rodinné terapie. Vytkl jsem si tedy za cíl učinit z pohovoru, který měl sloužit k vytěžení údajů, terapeutický nástroj.

Frekvence rodinné terapie sezení je různá, dle charakteru symptomů a schopnosti rodinných příslušníků ke spolupráci. Probíhá max. 1x týdně a záleží také na celkové délce hospitalizace pacientů. Maximální délka hospitalizace nepřesahuje 2 měsíce. Nutno poznamenat, že většina rodin překvapivě **přístupuje** na tento způsob terapie. Nejlépe spolupracují samozřejmě rodiny dívek s poruchami příjmu potravy – tam dochází obvykle k pěti až sedmi sezením rodinné terapie. Naopak nejméně jsou ochotni spolupracovat rodiny pacientů s poruchami chování. Pokud se u těchto pacientů v ordinaci vůbec sejde celá jejich rodina, tak je frekvence obvykle dva až třikrát za hospitalizaci.

Současně s rodinné terapie jsou dětské pacienti léčeni často také farmakologicky, probíhají psychoterapeutické skupiny a individuální pohovory. Jiné zmíněné formy psychoterapie jsou vesměs podpůrného charakteru, případně arteterapie.

Co považuji za problém, je ambulantní návaznost péče. Bohužel nelze nabídnout v Plzeňském kraji velký výběr možností pokračování ambulantní

rodinné terapie po propuštění pacientů z hospitalizace. To ale jistě není specifické pouze pro náš region. Doufejme, že se začne blýskat na lepší časy.

Odb. as. MUDr. Jiří Podlípny
Psychiatrická klinika FN a LF UK v Plzni
Alej Svobody 80, e-mail: podlipny@fnplzen.cz

KAZUISTIKY

P. Moos: Psychosomatické zrcadlení u panické poruchy

„Nezlobte se na mě, ale já na to spojování duše s tělem, nebo jak tady tomu říkáte ta psychosomatika, moc nevěřím, takže ani nevím, co tu vlastně dělám.“

Tímto prohlášením zahájila paní Eva (fiktivní křestní jméno) první sezení psychoterapeutického procesu a nevědomky mi tak velmi přesně charakterizovala dva hlavní principy svých obtíží, které se postupně začaly manifestovat jako psychosomatické symptomy:

1. **Princip disociace**, který se utvářel, jak se později ukázalo, díky ego-obranným mechanismům vytěsnění, racionalizaci a projekci. Paní Eva to řekla hned na začátku velmi trefně: „Psychické dění s tělesným nespojuji!“ Nebolí, odděluji je od sebe stejně tak, jako třeba racionální uvažování od emočního zážitku. Tím se celkové psychické prožívání u paní Evy během života extrémně vypólovalo. Naučila se zaujímat neotřesitelnou pozici na pólu obranných racionalizačních schémat. Vnitřní dění se postupně stalo neznámým a nejistým. Emoční prožívání se totiž skrylo kamsi do nevědomí, tedy bylo **vytěsněno**, zatímco **racionalizace** na úrovni myšlení se staly jejím životním stylem. Naslouchat jim bylo pro mě často ukrutným trápením.

Protože vlastní psychické pochody pacientky začaly být postupně příliš nejisté, nepojmenovatelné a ohrožující, bylo nutné začít si je ověřovat **projekcí** směrem ven. Nemohu-li zahlédnout emoce v sobě, promítnu je do lidí kolem sebe a podívám se, jak vypadají, jak ti druzí reagují. Problém je ovšem v tom, že je pak většinou přičtu právě lidem kolem sebe, nikoli sobě. Těm lidem potom lezu strašně na nervy. Takhle přesně to dělala v životě paní Eva. S vědomím, že se zde možná proviním proti akademické psychodiagnostice, nazvu paní Evu hysterkou par excellence.

2. **Princip nevědomí**, který pacientka opět hned na začátku trefně vystihuje větou: „Nevím, co tady vlastně dělám!“ Má potíže, hledá pomoc v terapii, a přesto na úrovni vědomí neví, co vlastně chce. Váže se k tomu i jeden její opakovaný sen právě v tomto období, který zmíním později.

Pokud je paní Eva ve společnosti druhých lidí, je pro ni možné přes mechanismy projekce a racionalizace odvést pozornost od nejistoty a pocitu ohrožení ze sebe samé. V momentě, kdy se ocitá sama se sebou, přichází úzkost a zmatek, které jsou znovu a znovu vytěsňovány z vědomí a zvolna sestupují z roviny duševní na rovinu tělesných symptomů. Somatické příznaky paní Evy jsou potom skutečnou řečí nevědomí, zatímco její vnější verbální a behaviorální projevy jsou jednou velkou, dramatickou a teatrální hyperkompenzací.

Stále jsem ještě nesdělil diagnózu, se kterou byla pacientka konziliem lékařů v pořadí RZP, kardiolog, internista, neurolog a psychiatr nakonec doporučena do péče klinického psychologa. Somatické příznaky byly velmi výrazné, bouřlivé a matoucí. Napadlo by vás, jakou poruchou by mohla trpět osmatřicetiletá žena, která vytěsňuje až na tělesnou úroveň strach ze sebe samotné a disociuje jakýkoli spontánní projev svého nitra? Tedy jaká by to mohla být psychogenní porucha, projevující se dostatečně dramatickými somatickými symptomy? Ano, máte pravdu, z nadpisu vyplývá, že například **panická porucha**.

Pacientka přišla do psychoterapie s bolestmi hlavy, s opakovanými stavy dušnosti, bušení srdce, třesu, silné žaludeční nevolnosti se zvracením, s pocity kroucení a uzlování střev, průjmy a chronickou tělesnou únavou. To bylo také vše, co dokázala o svém stavu říci. Emoce jako úzkost, strach, vztek, smutek apod. nedokázala identifikovat vůbec.

Jak jsem již zmínil, paní Evě je 38 let. Do psychoterapie přišla v březnu 2002 a skončila v prosinci po 9 měsících. To je obvyklá doba těhotenství. Za tu dobu jsme spolu měli 26 individuálních sezení, vedených ze dvou třetin dynamicky a postupně čím dál více direktivně a strukturovaně. Naším cílem bylo zmapování vytěsněných obsahů jejího prožívání, pokus navázat s těmito obsahy kontakt a následně je reflektovat a přivést k pojmenování. Protože pacientka hodně snila, velkou část terapie zabírala práce se sny.

Nejnáročnějším kusem terapeutické práce byla práce s přenosem, který se rozvinul okamžitě v rámci jejích neustálých projekcí. Paní Eva vytvářela neutuchající hypotézy o tom, co si asi myslím, jak se cítím, jak ji vnímám (podle čehož se pak snažila navenek chovat), neustále řešila problém, co jsem vlastně za člověka. Stále se to měnilo a dozvěděl jsem se „o sobě“ mnoho nového. Většinou to se mnou ve skutečnosti nemělo vůbec nic společného. Zvláště náročná byla fáze, kdy paní Eva otevřela svou touhu se se mnou sexuálně stýkat mimo rámec terapie. Byl to vlastně její první vnitřně reflektovaný pocit, emoce, od které se potom začal odvíjet celý řetězec dalších. Vzhledem k tomu, že jsem naprosto jasně a pevně sex s ní odmítl a zároveň ji velice ocenil za její otevřenost, objevily se u ní intenzivní pocity frustrace a agrese vůči mé osobě, tentokrát však již otevřeně projevené, za ni samotnou. To vše jsem stále zrcadlil, doprovázel a komentoval (nazýval za ni).

Postupně se paní Evě vyjevilo, že je plná emočního prožívání, které může připustit, může se jej vědomě dotknout a přitom se nic hrozného nestane.

Dětství prožila jako jedináček dvou lékařů, vysoce postavených komunistických funkcionářů. Do maturity jsme nenašli v podstatě nic, co by si pacientka udělala sama za sebe, všechno bylo přesně naplánováno a zařízeno z pozice rodičovské a politické moci. Rodiče vnucovali řád a pravidla i jejímu vnitřnímu prožívání. Říkali jí, co má cítit a pokud se jí zdálo, že cítí něco jiného, řekli jí, že to necítí. To se jí jen zdá, ve skutečnosti je to jinak. Pozvolna jí pomohli důkladně ono „jinak“ zvnitřnit a to skutečně vlastní odložit jako matoucí iluzi. Paní Eva se tedy pomalu stávala „tou jinou“ spíše než „tou, kterou jsem“. Rodiče jí naplánovali i vysokou školu, ze které však po roce studia utekla. To bylo také její první vlastní rozhodnutí, které však ve vztahu k rodičům znamenalo katastrofu. Téměř úplně s ní přestali komunikovat, označili ji za línou a hloupou a otec náhle přestal před ní umetat cestičku.

Pro jistotu se tedy rychle vdala za velice schopného muže. Je atraktivní, takže to nebyl takový problém. Narodily se jim dvě děti (syn 14, dcera 11 let). Po mateřské dovolené již nešla do práce, takže je dnes téměř 15 let doma. Po revoluci její manžel chytil ten správný vítr v podnikání a dnes je multimilionářem. Z paní Evy se stala „zelená vdova“ v obřím sídle, kde tráví většinu dne sama, v zeleni na okraji města, obklopená přepychem, fantaziemi a vytěsněnými emocemi. Za ty sexuální fantazie se stydí a dělá, jako že nejsou.

Obrovský manželův majetek jí nakonec umožnil dotáhnout do konce ono celkové oddělení od skutečného prožívání směrem ke kompenzované iluzi. Nejvíce to na ni dolehlo v momentě, kdy děti jsou již větší a přestávají ji intenzívně potřebovat. Paní Eva se tedy zvolna ocitla pouze sama se sebou a začala z té tiché hrůzy panikařit. Manžel tomu postupně přestal rozumět, vždyť jeho žena má, na co si vzpomene, takže kde je nějaký problém? Na její běžné hysterické projevy si během manželství zvykl, ale stavy nastupující paniky byly pro něj přeci jen příliš.

Začínají se agresivně hádat a atmosféra doma je postupně doslova nesnesitelná. Na to zareaguje jejich tehdy devítiletá dcera tím, že nepříjemnou realitu vypíná v podobě absencí vědomí, synkop a zahledění. Rodiče se tohoto jejího logického kroku velmi zděsí a pro paní Evu opět začíná doba ztracené intenzívní péče o dítě, pravidelná docházka k neurologovi, její matka s otcem jsou jako lékaři zase na koni, léčí se epilepsie, to je zlé, ale také velmi vzrušující. Po roce starostí z toho začíná být paní Eva pořádně zmatená, úzkostná a přichází první panická ataka i s patřičným doprovodem modrých majáček vozu RZP. Začíná se tedy řešit její vlastní případ a jakoby náhodou je od té doby zcela v pořádku dcera.

Zajímavě se v tu dobu začíná k věci vyjadřovat pacientčino nevědomí v podobě opakujícího se snu o tom, jak zoufale chodí po městě a potřebuje znásilnit nějakého muže. Nakonec jí ve snu dojde, že jako žena to udělat nemůže, takže hledá prostituta, který by se s ní pravidelně scházel. Za peníze. Na vědomé úrovni tedy nachází psychoterapeuta, jemuž vlastně po pravdě hned na začátku řekne, že neví, co u něj vlastně dělá. Za peníze.

Takhle nějak si to celé paní Eva sama pro sebe zrekonstruovala v průběhu psychoterapie. Komunikace s ní, zejména na začátku, představovala pro mě zážitek na samé hranici únosnosti, ale postupem času přibývalo emocí, o nichž jsme zjišťovali, že jsou opravdu jejími emocemi, nikoli mými nebo někoho jiného. Od té chvíle se její projev stával daleko přiměřenějším a přiléhavějším. Pravdou je, že panická ataka se za poslední 4 měsíce terapie nedostavila ani jednou. Žádná jiná markantní změna se u paní Evy ovšem neudála. Možná, že jsem zůstal stále jediným člověkem, který se s ní naučil komunikovat a s jinými lidmi jí to pořád nejde. Terapii jsme ukončili na její podnět, neboť 4 měsíce bez symptomů jsou podle ní dostatečně dlouhou dobou poukazu na terapeutický efekt. Její obtíže pro ni zůstaly ryze somatickou záležitostí, která postupně nějak sama ustoupila. Nevím, zda teď třeba lépe ví, že se něčeho bojí. Ale ví dobře, že jí méně buší srdce.

Ještě jedna věc mě k tomu napadá. Ačkoli kolem uvedeného případu mohu mít celou řadu teorií a jiných fantazií, nevím ani zdaleka, co přesně se v průběhu terapie odehrálo, abych kauzálně vysvětlil nástup remise klinických projevů panické poruchy. Takže nejen paní Eva, nýbrž i já, jsme společně odsouzeni k částečnému nevědění. To podstatné se pro pacientku zřejmě odehrálo za jejími zraky. Proběhlo to tedy jako zá-zrak. Ulevilo se jí a odešla z terapie se splněnou zakázkou. Vypadá to, že zázraky musí být v klinické praxi přípustné.

Mgr. Petr Moos, – klinický psycholog a psychoterapeut
Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci
e-mail.: petr.moos@volny.cz

M. Konečný: Fenomenologický pohled na nemoc

Paní V. – případ cefaley, esenciální trombocytémie a posttraumatické poruchy

Středisko pro mládež a rodinnou terapii Apolinář, VFN Praha; odborný vedoucí dr. J. Vodňanská

*Ústav hematologie a krevní transfúze Praha; přednosta MUDr. P. Cetkovský
Komunitní centrum Břevnov, Fokus Praha; odborný vedoucí MUDr. Z. Foitová*

Úvod

Pozoruhodnou postavou psychosomatiky byl Viktor von Weizsäcker, německý internista a psychoanalytik, publikující od konce 40. do 70. let 20. století. V jeho díle je možné sledovat vývoj od psychoanalytického pohledu na nemoc k fenomenologickému. Podle současného švýcarského psychiatra a daseinsanalytika

Gioana Condraua (*Sigmund Freud a Martin Heidegger, Triton, Praha 1998*) byl Weizsäcker také prvním, kdo přinesl teorii, která by byla schopna přiměřeně zodpovědět hlavní psychosomatickou otázku, totiž otázku po „orgánové specifičnosti“.

Weizsäcker se domníval, že pátrání po „tajemství volby orgánu“ nelze řešit pouhým přihlédnutím k vrozené konstituci, ani k druhu psychického konfliktu nebo k typu osobnosti. Jako zkušený klinik obhajoval názor, že se ty samé nemoci vyskytují u odlišných konstitucí, psychogenezí i typů. Psychosomatika podle něj musí dělit nemoci novým způsobem, a sice podle fenoménů časovosti a prostorovosti. Weizsäckerovi nejde o fenomény v ontologickém smyslu, jak to vidíme u filosofa Martina Heideggera a psychiatra a psychoterapeuta Medarda Bosse, ale o fenomény ontické, tedy – jednoduše řečeno – o subjektivní zkušenost nemocného s časem a prostorem. Weizsäcker rozdělil podle tohoto hlediska nemoci do tří skupin: na neurózy, biózy a sklerózy. Tyto pojmy však definoval novým způsobem právě ve vztahu k prožívání času a prostoru.

Neurózy jsou ve Weizsäckerově pojetí všechna onemocnění, která se mohou projevit kdykoliv a ke svému rozvoji nepotřebují žádný časový úsek. Biózy jsou naopak časově vázané a vyžadují různě dlouhé trvání. Sklerózy mají ireverzibilní charakter.

Pro správné porozumění takovému dělení je třeba ale zdůraznit, že Weizsäcker chápe čas relativisticky, čistě subjektivně. Říká-li, že neuróza je „nečasová a neprostorová“, má tím na mysli takový stav, který neomezuje zážitek svobody nemocného. Tam, kde hovoří o časové a prostorové vázanosti, má na mysli omezení svobody pacienta. Zároveň Weizsäcker razí pojem „otevřenosti“. V nemoci jsou v různé míře dotčeny otevřenost a svoboda vůči tomu, s čím se nemocný setkává. Čím otevřeněji a svobodněji vstupuje člověk do vztahů se světem, tím méně je „závislý“ na konvenčním prostoru a času. Naopak nemoc a její orgánovou specifičnost lze pochopit jen z konkrétních limitů, které nemoc přináší konkrétnímu člověku v konkrétní životní situaci.

Na příklad úzkostný nemocný disponuje větším „objemem“ svobody, než nemocný s frakturou krčku femuru. Agorafobik přece může za jistých okolností navštívit řekněme divadelní představení, zatímco nemocný se zlomeninou upoutaný na lůžko to učinit nemůže. U Weizsäckera však nejde o jednoduché nadřazení psychického somatickému: existuje celá řada organických onemocnění, u nichž jsou otevřenost a svoboda pacienta narušeny méně než u úzkostných stavů, či dokonce u psychóz; Weizsäcker takové nemoci proto řadí mezi „neurózy“.

Účinná pomoc pak není možná ve vztahu k nemocnému jako k pouhému objektu, ale nachází se v oblasti „mezilidského setkání“. Mezi „Já a Ty“ (v buberovském smyslu) se nemoc ukazuje nikoliv jako kolaps prostoru otevřenosti a svobody, ale jako svého druhu úsilí, výkon pacienta, jehož hlavním smyslem je na ztracenou otevřenost a svobodu poukázat, a také ji znovu dosáhnout.

Zajímavější než samotné Weizsäckerovo dělení nemocí je tedy spíše důraz, jaký tento autor klade na fenomény času a prostoru. Ty byly sice zkoumány již dříve, v souvislosti s psychopatologií na příklad Binswangerem, Minkowskim, von

Gebsattelem a dalšími. Weizsäcker byl však první, kdo si je troufl využít pro systematické třídění nemocí. S takovým dělením je možné nesouhlasit, ale jeho význam pro psychosomatiku je dalekosáhlý. Je v něm totiž překonáno kauzální pojetí, jak je známe právě z psychoanalýzy a systémové psychosomatiky (oddělíme-li ji od systemické školy, kterou zde ponecháváme stranou). Fenomenologický pohled na nemoc je právě ve Weizsäckerově “antropologii” poprvé širěji akceptován jako rovnoprávný psychosomatický přístup vedle psychoanalytického, systémového (holistického), kortiko-viscerálního a behaviorálního pojetí.

Kasuistika

V následujícím sdělení chci srovnat různé pohledy na nemoc v psychosomatice, a sice na případu pacientky s chronickými bolestmi hlavy, u níž byla při ošetření traumatu po násilném přeapadení náhodně zjištěna esenciální trombocytémie.

21. srpna minulého roku byla ve večerních hodinách v prostorách svého domu přeapadena neznámým útočníkem 42-letá žena, nazývejme ji paní Vendula. Zloděj ji udeřil do obličeje, sebral její kabelku a utekl; napadená ztratila na blízce neurčenou dobu vědomí. Vendulu našel na chodbě její syn, který se vracel domů, a přivolal ihned rychlou záchrannou službu. Vendula byla již v bdělém stavu přivezena na úrazovou ambulanci jedné z pražských FN. Na CT byla zjištěna dvojitá fraktura jařmového oblouku, fraktura pravé orbity, fisura temporálně vpravo s pneumocefalem a fraktura laterální stěny pravého antra. Neurologické vyšetření bylo bez topického nálezu. Rhinoskopicky byla zjištěna odtržená dolní skořepa vpravo. Oftalmologické vyšetření udávalo contusio bulbi oculi bilateralis. Nemocná měla dále frakturu pravého klíčku, výraznou trombocytémii s hodnotami mezi $1375 - 1901 \cdot 10^9$ a amnézií na úraz.

Po 6 dnech hospitalizace na chirurgii byla přeložena na stomatochirurgickou kliniku k řešení zlomeniny jařmového oblouku. Překladová zpráva neobsahovala žádné anamnestické údaje ani zmínku o psychiatrickém vyšetření; psychický stav nemocné nebyl vůbec hodnocen. Pobyt na chirurgii byl zaměřen diagnosticky – z hlediska léčebného pouze ke zvládnutí akutních somatických obtíží. Vyšetření trombocytémie se dělo až v druhém sledu po dimisi ze stomatochirurgické kliniky dne 2. září, tedy 12. den po úrazu. V propouštěcí zprávě stomatochirurga nacházíme kromě běžné zprávy o operačním zákroku již také náznak “zájmu” o anamnestická data, totiž zmínku o běžných dětských nemocech a nevýznamné rodinné anamnéze. Psychiatrické zhodnocení stavu po napadení útočníkem stejně jako v předchozím případě chybí. V den propuštění je nemocná vyšetřena hematologem, je dovyšetřena a je u ní stanovena diagnóza esenciální trombocytémie.

Esenciální trombocytémie je poměrně vzácné myeloproliferační onemocnění, které často probíhá asymptomaticky, a bývá náhodným nálezem během vyšetření krevního obrazu pro jinou příčinu. Jindy se onemocnění projevuje bolestmi hlavy nebo sklonem k tvorbě krevních sraženin nebo naopak paradoxně krvácivými stavy. V každém případě esenciální trombocytémie představuje riziko

vzniku maligní myeloproliferace, nikoliv vzácně se vyvíjí buď v myelofibrózu nebo v akutní myeloidní leukémii. Přestože nejčastěji probíhá benigně, pro toto riziko zhoubného zvratu je další postup vždy léčebný. Léčbou volby bývá trombocytoferéza v kombinaci s cytostatiky.

U Venduly trombocytoferéza vzhledem k dosud závažnému stavu provedena nebyla; zpráva lékařky, která tuto terapii kontraindikovala, obsahuje první zmínku o psychickém stavu nemocné; ve zprávě z 3. září čteme, že pacientka je “výrazně anxiousní”. Dosud nepřetržitě hospitalizovaná Vendula tak 13. den od přepadení potkává konečně terapeuta, který byl schopen vnímat psychickou stránku jejího celkového stavu a zároveň, alespoň okrajově, ji zahrnout do svého vyšetření. Dalším hematologem byla Vendula 26. září, tedy 36. den od přepadení, kompletně interně vyšetřena; součástí dokumentace je i podrobná anamnéza. Nacházíme údaje o rodičích i o dětech, základní údaje z pracovní a sociální anamnézy. Bohužel, nápad nechat nemocnou vyšetřit alespoň cíleně psychiatricky a zvážit možnost psychoterapie se zrodil až v únoru tohoto roku, kdy byly po zavedené cytostatické léčbě hodnoty trombocytů již několik měsíců normalizovány, trvaly však – pro hematologa “nevysvětlitelné” – bolesti hlavy. Ty, jak bylo již řečeno, mohou být průvodním projevem trombocytémie. Až kvůli těmto přetrvávajícím bolestem čistě přírodovědecky-biologické porozumění nemoci selhalo. Teprve po 6 měsících, více než 180 dnech od přepadení, tak ošetřující lékařský tým začal zkoumat, jak událost prožívá Vendula jako jedinečná bytost, nikoliv jako biologická jednotka.

Nemocná byla vyšetřena 24. února tohoto roku. Z vyšetření vyplynulo, že 42-letá pacientka se narodila jako třetí dítě starším rodičům, kteří měli v době jejího narození již 24-letého syna a 21-letou dceru. Oba rodiče Venduly zemřeli na zhoubné nádorové onemocnění okolo jejího třicátého roku života. Otec a bratr se léčili dermatologicky pro blíže neurčené kožní onemocnění, dle slov nemocné “měli nějakou vyrážku”. Se sourozenci se od smrti rodičů nestýká. Žije 22 let v matrimoniu, v kterém posledních 5 let trval latentní konflikt kvůli manželově nevěře; manžel po celou tuto dobu udržoval paralelní partnerský vztah. Manželé mají 3 dospívající děti, 21, 18 a 16 let. Podle Venduliných slov jsou děti smyslem jejího života. Rodina žije pohromadě ve společném bytě. Vendula vystudovala střední průmyslovou školu stavební, 3 roky pracovala jako projektantka. Od prvního porodu však byla s dětmi doma, 18 let nepracovala a byla v domácnosti. Poslední tři roky opět pracuje, nyní jako prodavačka. Svůj psychický stav před přepadením hodnotila jako problémový. V souvislosti s neřešeným konfliktem trpěla nespavostí a zejména bolestmi hlavy. Udávala opakovaná vyšetření pro kožní vyrážky v poledních dvou letech, opakovaně byla vyšetřována dermatologem bez jasného nálezu. Cítila se “jako v pasti”. Kdyby nebylo dětí, “už dávno by si něco udělala”.

Několik měsíců před přepadením Venduly se situace doma změnila. Partner ukončil mimomanželský vztah, kvůli kterému se několik let trápila a začal se více zdržovat doma. Častěji tak byla konfrontována s jeho impulsivitou a agresivitou. Podobně jako dříve neřešila partnerovu nevěru, zdálo se jí, že nemá žádnou možnost postavit se ani manželově agresivitě. Popsala to slovy: “Moje past se

proměnila v peklo". Po neobjasněném přepadení se situace v rodině opět poněkud změnila. Manžel se k ní nejprve choval ohleduplněji, po čase se však jeho chování opět vrátilo ke zvyklým způsobům. Vendula zároveň začala trpět obtížemi, které vznikly typicky s několikatydenním odstupem od násilného přepadení: během vyšetření bylo možné explarovat pokles nálady s poruchami koncentrace, úzkostné stavy charakteru flešbeků, úlekové reakce, poruchy spánku a úzkostné sny. Vyšetření bylo uzavřeno s dg. posttraumatické stresové poruchy, F 43.1. Možnou farmakologickou podporu Vendula odmítla, nabídku psychoterapeutického řešení obtíží akceptovala; rozhodla se zvážit možnost kombinace individuální a rodinné terapie.

Diskuse

Z psychosomatického pohledu se jedná o zajímavý případ pro hned čtyři možné výklady bolestí hlavy, které zůstávaly vždy buď neléčeny nebo byly interpretovány pouze jednostranně. V prvním období, před úrazem, by bylo možné usuzovat na primární, a sice tensní cefaleu ve zřejmé souvislosti s vleklým matřimoniálním konfliktem. Kdyby Vendula v té době navštívila psychoanalyticky či systémově orientovaného psychosomatického lékaře či psychologa, ten by pro její stav pravděpodobně žádnou jinou, totiž somatickou etiologii nehledal. Posoudil by ho zřejmě jako typické psychosomatické onemocnění, které by bylo možné dobře vyložit jak psychoanalyticky, tak holisticky, resp. systémově. Z dostupné dokumentace však vyplývá, že již nejméně půl roku před přepadením (zhruba v době manželova ukončení mimomanželského vztahu) byly u Venduly zjištěny vyšší hodnoty trombocytů odpovídající později stanovené dg. esenciální trombocytémii! Cefalea nebyla tedy již v této druhé fázi nemoci primární, ale sekundární, a mimo psychoterapeutickou léčbu byla již tehdy možná odpovídající péče hematologická. Před úrazem by bylo zároveň možné postupovat jak cestou trombocytoferézy, která by nemocnou zbavila akutních rizik, na příklad krvácení do mozku, tak farmakologicky.

Po dlouhé době neléčených obtíží dochází k události, která z pohledu psychoanalytika ani systémového terapeuta nemá žádnou souvislost s předchozími obtížemi, nicméně vyvolává u nemocné i v rodině nějakou odezvu. V tomto třetím období stonání Venduly, totiž v poúrazovém období, řekněme v době několikatydenní hospitalizace, se změnila zcela jistě etiologie bolestí hlavy, které nyní byly v jasné souvislosti s frakturou lebky, pneumocefalem a komocí. K etiologii by psychoanalytická a systémová psychosomatika neměly v této fázi stonání zřejmě co říci. Úraz je úraz, jakápak psychosomatika. Ve čtvrté fázi nemoci, tedy asi od jednoho měsíce po úrazu do psychiatrického vyšetření, v níž byla Vendula léčena hematologicky, byla naopak cefalea vnímána jako symptom esenciální trombocytémie, a zcela bez povšimnutí zůstaly jednak dřívější obtíže, jednak posttraumatická stresová porucha, která se u nemocné rozvinula v typickém obrazu. Z hlediska psychoanalytické a holistické psychosomatiky by psychické trauma bylo (jistě správně) hodnoceno jako stejně významné postižení. V takovém

pohledu na nemoc by však zřejmě převažovala kauzální souvislost s násilným přepadením, byla by zkoumána role oběti, v níž se nemocná ocitla, a nepochybně by byla odhalena souvislost se zážitky z období manželovy nevěry. Hlubší rovina celé Venduliny historie, totiž dimenze svobody a otevřenosti, by však zůstala skryta.

Fenomenologický pohled na cefaleu v duchu antropologické psychosomatické školy by byl ve všech fázích stonání poněkud odlišný. Fenomenologicky orientovaný psychosomatik by nezaměřoval svou pozornost tolik na etiologii obtíží, respektive na jejich kauzální souvislosti, ale hodnotil by subjektivní prožitek nemocné zejména s důrazem na fenomény časovosti a prostorovosti ve všech fázích nemoci. Při takovém pozorování by se jasně ukázala dlouhodobě omezená možnost Venduly vztahovat se otevřeně a svobodně k okolnímu světu; na světlo by vyšly pocity opuštěnosti, které Vendula hojně zažívala již uprostřed své primární rodiny i zúžený prostor jejího působení v dospělosti, kdy založila vlastní rodinu; v obou rodinách jako by byla uzavřena možnost prožívat svobodně vztahy k ostatním i k sobě samotné. Weizsäcker by možná její chronické psychosomatické obtíže před násilným přepadením hodnotil jako neurózu, ale důraz by kladl pravděpodobně na Vendulino vnímání prostorovosti a časovosti před ukončením mimomanželského vztahu manžela a po něm s ohledem na dvě různé výpovědi: “Byla jsem jako v pasti” a “Moje past se proměnila v peklo”. Z nich by bylo možné explorovat postupné zužování perspektivy nemocné, která pro sebe viděla stále méně prostoru pro sebevyjádření. Psychosomatické obtíže by pak z pohledu fenomenologického nebyly vnímány ve smyslu poruchy, ale spíše jako jediný dostupný prostředek pro rozšíření životního prostoru. Při pozorování proměn perspektivy nemocné by se pak událost násilného přepadení pro fenomenologa jevila jako zákonitá krize kontinuálního vývoje, kde krajní možností reagování na zužující se prostor otevřenosti a svobody je nejprve, řečeno s Weizsäckerem, přechod od neurózy k bióze, s výhledem na “sklerotizaci” stavu a nakonec smrt.

Fenomenologická orientace, jak je z vylíčeného zřejmé, není v žádném rozporu s přírodovědně-biologickým pohledem na nemoc, je prostě pohledem “jiným” či ještě přesněji – pohledem odjinud. Naopak psychoanalytická a systémová psychosomatika jsou orientovány stejně jako přírodně-biologická medicína od základů kauzálně a jsou tedy spíše jinou odpovědí na tutéž kauzální otázku. Protože tedy fenomenologický psychosomatik “nesoutěží” s přírodovědně-biologicky orientovanou medicínou o “správnější vysvětlení nemoci”, neopominul by zřejmě odeslat pacientku Vendulu již v první či druhé fázi onemocnění k internímu a neurologickému vyšetření, které by mohlo odhalit skrytou organickou příčinu obtíží. To je také hlavní přednost fenomenologického pohledu na nemoc. Ten totiž není v žádném rozporu s nepopíratelnými diagnostickými a léčebnými možnostmi biologické medicíny; obohacuje ji naopak o individuální přístup k nemocnému a odkrývá životně důležitou dimenzi jeho jedinečné osobnosti, kterou nedokážou diagnostikovat žádná zobrazovací ani biochemická vyšetření: totiž perspektivu nemocného, vymezenou subjektivně prožívaným časem a

prostorem, v níž se v různé míře zdraví či nemoci “otevívá” oblast svobody člověka.

věnováno Kateřině A.
květen 2003

mudr.m.konecny@seznam.cz
<http://psychiatrie.zdavcentra.cz/martin.konecny>

HISTORIE OBORU

M.Rokytová: Rozhovor s prof. MUDr. Otou Gregorem. DrSc.: Nevěnovat méně pozornosti stránce somatické, ale více pozornosti stránce psychologické

Prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc. se narodil 4.12.1916. Je profesorem vnitřního lékařství, specializace gastroenterologie, psychosomatika. V roce 1942 promoval z biochemie na univerzitě v Birminghamu a v roce 1946 na Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze. Napsal cca 120 lékařských článků, 3 monografie a 6 knižních publikací populárně vědeckých, z nichž se některé dočkaly několika reedicí – např. Stárnout, to je kumšt, Žít se stresem, to je kumšt. Byl oceněn řadou vyznamenání za odbornou činnost (např. Purkyňova cena v roce 1995), ale také získal ocenění za vojenskou účast na osvobození republiky v rámci zahraničního odboje, například v roce 1948 Československý válečný kříž. Je podruhé ženatý, má dva syny a 3 vnoučata. Celým jeho profesním životem se jako červená nit vine zájem o člověka jako takového, tedy nikoliv jen o jeden orgán či tělo. Jeho práce psychosomatická je tedy logickým vyústěním tohoto zájmu.

Cesta za panem profesorem byla poznamenána mou trémou. V tu chvíli jsem ještě nevěděla, že mám před sebou dvě velmi příjemné hodiny. Pochopila jsem, že pana profesora by bylo škoda svazovat nějakými otázkami. Stačilo jen zapnout diktafon a poslouchat:

Narodil jsem se a vyrůstal v Praze ve Skořepce. Jsem židovského původu, oba rodiče zahynuli v plynu v koncentráku. Tři měsíce po nacistické okupaci Československa v roce 1939 jsem přešel ilegálně přes hranice do Polska. Z Prahy už jsem měl anglické vízum, tak jsem pak mohl pokračovat do Anglie. Byl jsem tam moc dobře přijat, ostatně jako všichni Čechoslováci, protože Angličané měli vůči nám „špatné svědomí“ kvůli Chamberlainovu postoji při mnichovském diktátu.

Tehdy jsem měl 4 roky medicíny za sebou, ale nemohl jsem se v Anglii dostat k jejímu dostudování. Pak byl vypsán konkurz ve kterém jsem získal stipendium ke studiu na univerzitě v Birminghamu. Studoval jsem biochemii a v té jsem také roku 1942 promoval. Po promoci jsem vstoupil do armády jako dobrovolník. Ve výcvikovém středisku se mě ptali, v jakém útvaru bych chtěl být. Řekl jsem, že chci kamkoliv, jen ne k pěšákům. Nicméně jsem se k pěšákům dostal. Pak jsem byl převelen k tankovému praporu. Řídil jsem osmikolový nákladní vůz, vezoucí náhradní součástky pro tanky. Zúčastnil jsem se vylovení v Normandii, ale až ve druhé vlně. Kdybych byl v první vlně, tak bych tu teď asi neseděl. Ani ta druhá vlna však nebyla žádnou procházkou. Projížděli jsme mezi rozbořenými doutnajícími domy, viděli jsme hromady padlých. Dostal jsem se zpátky do Prahy. V Praze jsem v roce 1946 odpromoval na lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Se svými učiteli, jsem měl dobré vztahy, např. s prof. Vondráčkem, s přednostou psychiatrické kliniky. Mám na něj milou vzpomínku: Sešli jsme se na návštěvě. Když se ho hostitelka zeptala, jak se má, začal se pan profesor teatrálně rozhlížet a pak se zeptal: „Neměla byste, milostivá paní, snazší otázku?“

Velmi jsem si cenil akademika Charváta. Podobně jako on, k duši jsem se dostal ke stáru. Cítil jsem, stejně jako on, spojitost duše s tělem. Neřídil jsem se podle něj, byla to koincidence podobných vývojových stadií.

Po promoci jsem chtěl, jako většina mladých mužů, dostat se na chirurgii. Byl jsem přidělen do SANPOZu na internu místo na chirurgii. Tenkrát to byla normální nemocnice. Pracoval jsem tam 2 roky, pak byl vypsán konkurz na sekundářské místo na IV. interní klinice Fakulty všeobecného lékařství UK. Konkurz jsem vyhrál.

Stal jsem se postupně asistentem, docentem, profesorem a přednostou kliniky na pediatrické fakultě. Jako přednosta jsem působil na 1. interní klinice nemocnice Pod Petřínem.

Výuka na lékařských fakultách byla čistě somatická, psychosomatika se nenosila, moc se o ní nemluvalo. Dá se říci, že nebyla trpěna. Přetrvával dualismus soma a psyché. Když bylo něco s duší, napsalo se doporučení „ad psychiatriam“. Někteří kolegové se na mé psychosomatické názory dívali s nevysloveným despektem. Mladší kolegy na interně jsem vedl k tomu, aby poznali, že existuje psycho-somato-sociální problematika. Na naší interní klinice ležela pacientka, která byla pořád skleslá. Tak jsem si při vizitě sedl na kraj její postele a zeptal se, co ji trápí. Začala plakat, že neví, co je s její kočičkou, kterou nechala doma, když pacientku převezli na naši kliniku. Vyslal jsem sociální pracovníci, aby to zjistila. Paní jsem pak mohl uklidnit, že se o kočičku stará sousedka, jí se ulevilo a brzo se uzdravila. Většinou se sice mluví o psychosomatice, ale ti, kdo to dělají, vědí, že to je problematika i somato-psycho-sociální. Ať už se to týká partnera, partnerky, dětí, kolegů v práci, problému s nezaměstnaností.

Když byl před 42 lety každoroční internistický sjezd ve Zlíně, tehdy Gottwaldově, měl jsem tam přednášku o psychosomatické vředové chorobě. Tu přednášku můžete celou najít v knize *Moje návraty aneb Kudy jsem chodil* (naklad. Galén, 2000 - pozn.red.). Už v programu bylo inzerováno, že to bude psychosomaticky orientovaná přednáška. Když jsem to přednášel, netušil jsem, že bude v auditoriu řada psychologů a psychiatrů, kteří byli příjemně překvapeni. Pak mě pozvali na výborovou schůzi Psychiatrické společnosti a dávali mi nejrůznější otázky, jakýsi „křížový výslech“, který vedl tehdejší jednatel Petr Příhoda. Ten teď přednáší na 2. lékařské fakultě. Otázky jsem rád přijímal. Někdo z nich se zeptal, co si myslím, že vedlo většinu psychiatrů k tomu, aby dělali psychiatrii. Nemám na to doklady ani statistiky, ale myslím, že většina lékařů se stala psychiatrem, protože se tam cítí mnohem bezpečněji. Jejich reakce na moji odpověď mi to potvrdily. Od té doby jsem byl s psychiatry a psychology v dobrých vztazích. Když jsem byl ještě přednostou kliniky, chodil jsem na Balintovské semináře k doc. Skálovi. Se Skálou jsme si dobře rozuměli, jsme stejný ročník. U něho je vidět, vítězství ducha nad materií.

Když mi bylo 60 let, byl jsem sesazen z postu přednosty s odůvodněním, že sice přednáším a vychovávám studenty, ale že sám jsem neuměl správně vychovat své syny. Oba totiž emigrovali do Anglie, kde žijí dodnes. Tehdy jsem sice zůstal na klinice, ale nebyl jsem přednostou. A tak jsem měl mnohem víc možností a času studovat, co jsem chtěl. To byla ta druhá strana téže mince. Všechno zlé je k něčemu dobré. Na ranních hlášeních na klinice jsem seděl stranou a celá léta jsem tam nepromluvil. Praktikuji už léta jógu, zabýval jsem se tedy duchovním světem. V té době jsem byl vyzván, abych něco sepsal o psychosomatických problémech. Hrozně jsem protestoval, protože jsem byl zvyklý psát o tom, co jsem mohl dokázat. Tady by to bylo jiné. Kromě odborných medicínských publikací jsem začal psát volnou trilogii o životním stylu - *Stárnout, to je kumšt, Zdravě žít, to je kumšt*. Obě knihy ilustroval Vladimír Renčín. Třetí, nazvanou *Žít se stresem, to je kumšt*, ilustroval Jiří Slíva. Zřejmě měly úspěch, protože už měly několik reedicí. Psát populárně vědeckou formou jsem se musel naučit.

V letech 1992 – 1995 jsem pracoval na Mělníku v psychosomatické poradně v rámci manželské a předmanželské poradny. Bylo to ještě za bývalého režimu. Později jsem se vrátil do Prahy. Obrátil se na mě jeden psychiatr, jestli bych nechtěl dělat společně s ním. Řekl jsem „ano“ a od té doby jsem na Vinohradech v Psychocentru. Tam vedu jednou týdně psychosomatickou poradnu.

Většinou, když ke mně pacient přijde, tak žádám, aby byl poslán od praktického lékaře. Chci, aby v doporučení bylo napsáno, že už prodělal ta a ta vyšetření a že „se nic nenašlo“. Příznak totiž může být začátkem skutečně vážného onemocnění, které má zatím nespecifický začátek. Proto ten nadpis: „Nevěnovat méně

pozornosti somatické stránce, nýbrž více pozornosti psychologické stránce.“ To je pro mě mým heslem psychosomatiky.

Při práci s pacientem je důležité se důkladně věnovat rodinné anamnéze. A nebát se nepříjemných otázek: „Byla jste znásilněna? Osahával vás někdo v dětství? Máte při souloži orgasmus?“ Když například přijde pacientka s obtížemi v krajině žaludeční. Je důležité mluvit o KRAJINĚ žaludeční, o KRAJINĚ srdeční, ne v žaludku či v srdci... Konkrétní případ: Přišla pacientka, mlčela, na mě se nedívala, hrála si s prsty a po chvíli začala plakat. Ukázalo se, že problém je hluboko. Běželo o neuspokojivý sex. Většinou ženy o tom nemluví ani s nejlepší přítelkyní. Kolik partnerství je bez milostné přede hry nebo bez orgasmu. Komu je nepříjemné o tom začít mluvit, je ten lékař. To jsou věci, které se člověk naučí. Jak s tou kterou pacientkou nebo pacientem nejdřív mlčet. Je to minuta – dvě, ale v pacientovi se to vaří. Je to důležité. A když se v tu chvíli zeptám, čeho se bojí, tak vyhrknou slzy. Často to jsou otázky sexu. „Ona mu pouze podržela.“ To je problém.

Mám tu velikou výhodu, že můj šéf, kolega Remr tento můj postoj chápe a já se tak mohu věnovat pacientům. Mám na lidi dost času, na každého asi hodinu. Ukázalo se však, že nemůžu účtovat pojišťovně psychoterapii. Tak jsem si udělal psychoterapeutickou atestaci. Mám sice 2 atestace z interny, ale když mi bylo 80, udělal jsem si ještě atestaci psychoterapeutickou. Pro mě je to nesmírně důležité. Těší mě to. Ne vždycky vidím úspěchy, ale můžu se věnovat i problémům sociálním. Určitě víte, co to znamená pro člověka, když se může vyprávět. Americký psychiatr Maslow psal, že za ním přišla pacientka, celou hodinu mluvila pouze ona a při odchodu spokojeně zaplatila 500dolarů.

Tím, že píšu a přednáším, si vědomě trénuji mozkové závity. Přednáším na Univerzitě 3. věku. Na poslední přednášce bylo asi 400 posluchačů, asi 95 % to byly ženy. A v problematice stárnutí mám dlouholeté vlastní zkušenosti. Neřídím se podle toho, co píšu, ale píšu o tom, podle čeho žiju. Na Univerzitě 3. věku jsou posluchači motivovaní, nadšení, vzdělaní. Přednesl jsem dva seriály přednášek o psychosomatice v rozhlasové Akademii 3. věku. První seriál byl vysílán v průběhu 4 týdnů a přišlo 1200 stránek odpovědí na otázky, které jsem posluchačům zadal. To je výborná zpětná vazba. Eric Berne, zakladatel transakční analýzy ve své knize Jak si lidé hrají píše, že „když nikdo člověka nehledí, vysychá mu mícha“. Může to být pohazení fyzické, ale i psychické v podobě pochvaly, vyslovení slůvek „prosím“ či „děkuji“. Tak mi takový ohlas udělal radost.

Seniorům přednáším na každoročním srazu posluchačů rozhlasové Akademie 3. věku a to mě těší. Jsou tam lidé neuvěřitelně vzdělaní, kteří stojí o další vzdělávání. Já přednáším a moje žena vede jógu, je tam vždycky úžasná atmosféra. To dělám rád.

Dovolte mi poznámku. Velmi brojím proti tomu, když se řekne, že ten který člověk odešel do důchodu. Mluvím raději o PŘEchodu do důchodu. Plno lidí pracuje dál, třeba na částečný úvazek nebo se přihlásí na Univerzitu 3. věku. Brojil jsem i proti výrazu přestárlý. Ale to se taky používá. Domov pro přestárlé.

Udělal jsem si takovou vlastní „sociologickou“ ministudii. Přednášel jsem anglicky zahraničním studentům, na 1.lékařské fakultě 4. ročníkům českých mediků a na Univerzitě 3. věku seniorům. Nejsympatičtější jsou ti staří lidé, kterým to nijak nezvýší důchod, kteří chodí s nadšením a s chutí se něco dozvědět. A pak byli výborní ti zahraniční studenti. Nejhůř na tom byli naši čeští studenti, to jsem mohl porovnat. Vysoká škola byla pro ně spíš pokračováním střední školy.

Letošní přednášku na semináři seniorů budu mít na téma „Vede vědeckotechnický pokrok v medicíně k její dehumanizaci?“ Ten otazník na konci je důležitý. Mám to už propracované. Medicína stojí na dvou hlavních pilířích. Jedním je lékařská věda a technika, druhým je lékařské umění a etika. Vědeckotechnický pokrok je ohromný. Lékař by měl nejen znát, ale také umět. Na lékaře jsou kladeny větší a větší nároky, musí se orientovat v nepřehledném množství nových poznatků, musí se chovat odborně, musí být schopen poznatky pacientovi zprostředkovat srozumitelně, věnovat tomu dostatečné množství času – obzvláště u seniorů, musí jednat empaticky a eticky. Ale ZÁROVENŤ se po něm žádá, aby se choval byrokraticky, ekonomicky. A to vše se děje na úkor času, který by měl věnovat mezilidské komunikaci s pacientem. Nejen že to vše hrozí atrofií humánně-etické dimenze lékařského povolání. Může to být ke škodě i samotnému lékaři, protože takový stres může vést až k burn-out syndromu, tedy k vyhoření. My jsme s Radkinem Honzákem organizovali 2 roky za sebou semináře na téma „Stres zdravotníků“ a pokaždé tam bylo více než 600 lékařů, psychologů a sester.

V jedné knize jsem našel parafrázi na Exupéryho Malého prince: „Dobrý den,“ pozdravil Malý princ. „Dobrý den,“ odpověděl počítač. Byl to totiž počítač, který se měl nemocných vyptávat, co jim chybí. „Proč mi kladeš otázky ty a nikoliv lékař?“ zeptal se Malý princ. „Je to velká úspora času,“ odpověděl počítač. „Jiné počítače to vypočítaly. Lékař si tím totiž ušetří týden co týden 155 minut.“ „A co dělá s těmi 155 minutami? Jestliže by můj lékař měl opravdu nazbyt 155 minut, přál bych si, aby aspoň část z nich věnoval mě a hovořil se mnou místo tebe!“ Je to sice vtípně napsané, ale ukazuje to právě důležitost osobního kontaktu lékaře s pacientem, ono povídání z očí do očí.

K běžné populaci se psychosomatické povědomí může dostat i díky různým časopisům. Kdo nečte knihy, čte aspoň časopisy. A tam jsou různé rubriky. Někdo napíše dotaz, takovou malou kasuistiku a odborník mu na obecné rovině odpoví. Existuje například časopis, který vychází 1x týdně, jmenuje se Sondy. Je to odborářský časopis. A tam je redaktorka, která má o psychosomatiku zájem. Napsal jsem tam několik seriálů o psychosomatice. Dobře se to čte. Já to píšu v rámci

trénování mozku. O existenci psychosomatiky jsem napsal také do časopisu Zdravá rodina článek nazvaný Když se řekne psychosomatika.

Na závěr, v souvislosti s psychosomatikou, si myslím, že trochu poezie nikoho nezabije. Řeknu vám báseň Rondal od francouzského básníka Raoula Ponchona, který žil 1908 až 1937. Přeložil ji František Hrubín:

Jaké vzácné putování,
když jdou spolu, divná věc,
tělo mé, ten ošklivec
a má duše, krásná paní.

Nehádají se a přec
každý podle svého zdání jedná
a v tom putování
jdou spolu až na konec.

Když se hříchu neubrání tělo
mé,
ten ošklivec,
tu se duše,
divná věc,
modlí k Bohu bez ustání.“

A nezapomeňte při jednání s našimi pacienty, že **VLÍDNĚ SLOVO HŘEJE CELOU ZIMU.**

Rozhovor vedla a sepsala Markéta Rokytová

SOUČASNÉ TRENDY

J.Poněšický: Seriál- zásady psychoterapeutického přístupu u psychosomatických pacientů

MUDr. Jan Poněšický exklusivně pro PSYCH@SOM

DÍL PRVÝ: BAZÁLNÍ VZTAH MEZI PACIENTEM A TERAPEUTEM

Od prvního setkání s psychosomatickým pacientem je nutno soustředit pozornost nejen na příznaky a stížnosti klienta, nýbrž - a to dokonce v první řadě - na jeho způsob navazování vztahu. Ten je jakousi basí, na níž se psychoterapeutické interakce rozvíjí. Navíc jde u většiny psychosomatických pacientů o poruchu v jejich emočně - vztahové, výrazové spontánnosti a komunikaci.

Konkrétně je (diagnosticky) vhodné v duchu se ptát:

- zda-li je pacient pasivní a přenechává mi veškerou odpovědnost za jeho nemoc
- a zda-li si nechávám vnutit roli experta , který musí něco podniknout
- a obdobně, zda-li ke mě pacient přichází jako k opraváři, s nároky dát vše opět do pořádku

-a zda-li si nechám vnutit roli služebníka, jež je ochoten a schopen vše vyšetřit a vyléčit

Zde vidíme často typickou dvojjakou vztahovost: jednak naprostou důvěřivost (terapeut je omnipotentní), jednak věčnost, tudíž strach ze subjektivity, nejistotu z osobního setkání a „vyjednávání“ vzájemného zacházení.

Vzniká - a to již prvními interakcemi - nebezpečí petrifikace vzájemných rolí, jež vylučují partnerství, společné hledání, snášení nejistoty, možnost rozvoje vzájemného vztahu. Tato „kontrola“ způsobu styku mezi lékařem (samořejmě i psychoterapeutem) a pacientem slouží oběma stranám coby obrana proti možnému znejistění, obě strany se neustále „otukávají“. Pacient se částečně vědomě „ptá“, co může od lékaře očekávat, vyhodnocuje to, co dostává a postupně odkládá svou opatrnost, tj.obavu z toho, jak s ním bude lékař zacházet.

I tento se snaží ve službách své duševní homeostázy vést léčebný rozhovor v rámci obvyklých profesionálních norem, i on se obává „penetrace“ pacienta do něj a prosazuje svůj způsob rozhovoru a své porozumění pacientovým symptomům. Lékař musí tudíž odlišit, do jaké míry pacient reaguje na něj (na jeho nutně omezenou subjektivnost) a do jaké míry jde o typické chování pacienta. Poté je nutné se koncentrovat na to, na čem je možno stavět a jaké důležité vztahovosti se pacient vyhýbá: emoční blízkosti, otevření se, disharmonii a nesouladu, jak zvládá změny ve vztahu (přivítání, přerušování rozhovoru, rozloučení), na co reaguje zvýšeným napětím, nevůli, rozpaky atd. Je třeba zvážit, zda-li je možná výměna názorů a zda-li převažuje vzájemné porozumění a sympatie – úspěšná terapie je oboustranně namáhavá, ale má se stát pro obě strany dostatečně zajímavá a atraktivní.

Terapeutickým pokusem není tudíž - jako u neuros – konflikt, či životní problém, nýbrž emoční vztah. Mnoho psychosomatických pacientů prodělalo svůj psychosociální vývoj v atmosféře „nevýchovy“, ať již ve smyslu absence jasných výchovných vlivů, výměn názorů atd., či ve smyslu udržování harmonie za každou cenu. Ještě horší je výchovné zanedbávání, bezvztahovost či traumatizace. Zde se tudíž nevytvořily schopnosti zvládat emočně složité či náročné situace, ve kterých reaguje jen tělo, ve formě symptomů. Proto je nutno krůček po krůčku vybudovat emočně živý vztah, což by již samo o sobě mohlo vést ke snížení psychosomatického napětí a tudíž k postupnému vyléčení.

Prvním úkolem je tudíž nastolení rovnoprávného vztahu, v němž má lékař obrazně řečeno „odložit svůj bílý plášť“ a získává pacienta pro společné hledání vztahových příčin (zvl. v jeho původní i nynější rodině jakož i v aktuálních vztazích) jeho psychosomatických obtíží.

OCHUTNÁVKY ODJINUD

S. Komárek: SPASENÍ TĚL

Stat' psána pro připravované podzimní dvojčíslo revue PROSTOR (šéfredaktor p.Hanuš), které bude věnováno psychosomatice. Zajistěte si čas u svého knihkupce!

V řadě indoevropských jazyků spadá slovo pro zdraví v jedno s výrazem pro spásu a také celistvost (něm. *Heil*, lat. *salus*). Je příznačné, že v přítomné době zaujímá medicína, či lépe řečeno medicínsko-průmyslový komplex (MPK), sestávající se z lékařských fakult, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení, nemocenských pojišťoven, firem vyrábějících léky a zdravotnickou techniku a dalších podobných institucí, ve společnosti to místo, které kdysi zaujímala církev.

Podobně, jako vleklá církevní krize v období vrcholného středověku vedla k řadě emočně nabitých společenských diskusí a pohybů od Viklefa po Luthera (po karteziánském obratu se začalo jevit, že spása přijde spíše od vědotechniky a náboženské diskuse a války začínaly pozvolna ztrácet na průraznosti), vede chronická krize dnešního medicínsko-průmyslového komplexu k houstnoucímu počtu kritických zamyšlení nad jeho smyslem a funkcí.

Psychosomatická problematika a její teoretické i praktické „připuštění“ se pak začíná jevit jak podmnožina celého tohoto problému. Snad mi bude vytýkáno, že o MPK píšu, aniž jsem kdy byl jeho funkční součástí, ale obávám se, že skutečnost, že se medicínskými činnostmi neživím (a jsem zatím, chvála Bohu, zdravý), vůbec umožňuje věnovat se reflexi těchto záležitostí bez značnějších osobních rizik. Výsledkem těchto snažení by měla být, bude-li mi Osud přízniv, kniha s názvem *Moc, nemoc a psychosomatické interakce*.

Spasení těl má oproti spasení duší některá specifika – jeho výsledky jsou jakýmsi způsobem hmatatelné a vyléčíme-li pana Vonáska z kostní tuberkulózy, má z toho, alespoň krátkodobě, větší radost nežli z vágního příslibu věčné blaženosti. Na druhé straně je ale evidentní marnost tohoto snažení v dlouhé perspektivě (cíle medicíny v žádném případě nejsou vědecké, byť by se takovými mohly jevit – z hlediska vědy jsou choroby minimálně stejně zajímavé jako zdraví a jejich, většinou symptomatické, odstraňování a potírání je cíl mimovědecký – bránění smrti všemi prostředky pak už je cíl zcela protivědecký, neboť málo co je statisticky tak jisté jako naše úmrtí – dočkáme se ho v 100,00% případů).

Nechci zde na moderní medicínu „nasazovat psí hlavu“, neboť její dovednosti a úspěchy jsou zcela mimo diskusi – kdo jednou viděl účinek antibiotik na bakteriální onemocnění, psychofarmak na schizofreniky či umné znovusešití mladíka havarovaného na motorce, zajisté to nebude popírat. To, co je na pováženou, jsou mocenské nároky, které tato umění oplétají, i nepřiznaná relativní bezradnost tváří v tvář některým případům, mnohým tvrdošijným ekzémem počínaje.

Je otázkou, do jaké míry MPK a jeho služby přispívají k skutečnému prodloužení průměrného lidského života našich dnů. Odhadl bych to v nejlepším případě na deset let, neboť se obecně podceňuje vliv takových věcí, jako je odpadnutí těžké tělesné práce, výrazné zlepšení výživy, bydlení a dalších faktorů, od momentů na hranici běžných technologií a medicínské hygieny (potravinové technologie, odpadní vody a jejich zpracování) zcela odhlédnuto.

Žijeme v jistém smyslu v bezprecedentní době, kdy se většina lidí dožívá své víceméně plné životní expektance, což v minulosti nikdy nebylo (je to samozřejmě ryze kvantitativní hledisko, nevypovídající nic o kvalitě – staré islandské úsloví praví, že je lepší krátký život ve cti než dlouhý v hanbě). Problémy, které dnes „medicínská reformace“ řeší, jsou až do neuvěřitelných detailů podobné reformaci církevní. Základním problémem je nahromadění a

arogance moci, která zbytek společnosti, „laiky“ infantilizuje a monopolně ovládá, nejlépe sama vědouc, co je jim ku prospěchu a co ke škodě, asi tak, jako to vědí rodiče u předškolních dětí.

Není vůbec náhodou, že největší zájem o rozmanité celostní a alternativní směry v medicíně projevují lidé vzdělaní, zatímco prostší část obyvatelstva s důvěrou očekává spásonosnou pilulku či řez. Tím větším jhem je pro probudilejší části národa takový fenomén, jako všeobecné povinné zdravotní pojištění u medicínsko-průmyslového komplexu a potupná nutnost formální návštěvy lékaře se zapletením do všech příslušných osidel, chceme-li s rýmou či lehkou chřipkou zůstat den-dva z práce doma (drtivá většina agendy praktiků je tohoto rázu, oč lepší by bylo po vzoru některých zemí zavést penzum řekněme šesti dní do roka, které si může každý takto „vybrat“ s povinností být doma v posteli).

Je těžké si nevzpomenout na feudální závislosti, kdy byl nevolník povinen odebrat měsíčně tolik a tolik věder piva z panského pivovaru a ženit se směl jen s povolením vrchností. V tomto směru je třeba vidět MPK jako integrální součást sociálního státu, jehož málo příznávanými cíli je také infantilizace většiny populace a její uvedení do závislosti na centrální mašinérii, podobně, jako se slepice průmyslové éry už rovněž neobejde bez umělých lhní, klimatizovaných hal a mísíren krmiv.

Oproti časté domněnce není cílem medicínsko-průmyslového komplexu zisk, ale primárně moc, byť jednotkou moci je, jak známo, jeden dolar. I v církevních dějinách se mnohdy zdálo, že cílem je jenom vybírání desátků (povinné transcendentální pojištění) a zbylé aktivity slouží jen k jeho rychlejšímu vytahování z kapes „oveček“, ale nikdy tomu tak zcela nebylo – holá moc a společenská výlučnost jsou vysoko nad plným měšcem. I v ranějším středověku se nerado vidělo, když si kupčik po večerech louskal Písmo svaté a začal-li je svémocně vykládat, bylo s ním rychle zatočeno. Ne tak snadno umlčitelni, ale o to nebezpečnější byli kacíři z vlastních řad, kteří se tam vždycky nějak vloudí i přes bedlivý výběr dorostu, jeho dlouhé sledování, indoktrinaci a výcvik. Opatrnější či šťastnější z nich mohli v rámci církevní mašinérie po celý život přežít a někde v klidu dokaplanovat, ale svým nadřazeným působili hojně bolení hlavy.

Dojmem zacházení s desetiletými dětmi působí středoevropský zákaz prodeje většiny léků mimo předpis – kuchyňské nože a sirky, jimiž lze způsobit škody mnohem větší, jsou na trhu volně, o autech a sportovních potřebách ani nemluvě. V Turecku, zemi s mnohem menší úrovní vzdělanosti, lze koupit v lékárně cokoli a Turecko přesto vzkvétá. Jak by asi občané reagovali na všeobecnou ekonomickou péči, kdy by všechna vydání přes 500 Kč revidoval diplomovaný odborník – ekonom a tu zakázal, tu povolil, tu pokáral, tu doporučil? Vlastnoručně si dávkovat v podstatě neškodný penicilín je občanu zakázáno, uzavřít hypotéku na dům za zcela vražedných okolností nikoliv.

Mocenské zasahování v oblasti farmak narazilo na podivné úskalí v podobě homeopatie – pokud by někdo vlastnoručně nekoncesovaně „vařil“ třeba analgetika, špatně by dopadl, zatímco není-li z hlediska novověké vědy v roztoku ani molekula účinné látky, nelze prodej dost dobře zakázat (průmyslová větev MPK má navíc příliš dobrý smysl pro obchod, aby se této šance nechopila, její činnost by byl tématem na delší článek nežli je tento). Medicínsko-průmyslový komplex není celosvětově zcela centralizován, jako třeba katolická církev, ale poněkud rozvolněný, jako třeba církve protestantské či sunnitský islám, byť mezi rovnými jsou si někteří výrazně rovnější.

Tato decentralizace paradoxně výrazně snižuje možnost jakékoliv jeho reformy, neboť každá změna zde vyžaduje *consensus doctorum*, jehož se dosahuje mimořádně špatně. Je velmi poučné se podívat na MPK a jeho úkony jako na instituci primárně náboženskou. Už celý systém zasvěcování na lékařských fakultách je v mnoha aspektech všim jiným než praktickou přípravou na budoucí povolání a má neobyčejně mnoho konzervativních a archaických rysů (stačí se podívat na úvodní pitevní kurzy – lze si přestavit působivější začátek zasvěcení, nežli se sobě podobnými rozřezat několik lidských těl?). Řada zkoušek je velice obtížná a neobyčejně náročná na paměť, daleko za hranice příští praktické použitelnosti (memorování nejjemnějších anatomických detailů i pro ty, kdo nebudou nikdy operovat či jich jinak využívat, absurdně široký

záběr předmětů, smysluplný snad v 18.století, ale bez skutečného pochopení pro člověka v jeho celku) – „my jsme se to taky museli naučit.“ „co by to bylo za lékaře, kdyby neuměl...“. Velkou úlohu zde hraje tradice, přísné a přesné dodržování medicínských obřadů, postupů *lege artis*, jejichž nedodržení může mít pro lékaře v případě soudní žaloby neblahé následky (pak se nezkoumá většinou nic jiného, nežli právě, dodržel-li se tento předepsaný postup).

Odzbrojící bylo v souvislosti s diskusí o devitalizaci zhoubných nádorů prohlášení jednoho z lékařů, že úplná resekce novotvaru je „dávnou chirurgickou tradicí“ (odhlédněme teď zcela od toho, zda devitalizační metoda je účinná nebo ne). Tzv. „doporučené postupy“ vydávané vlivnými mezinárodními lékařskými asociacemi, nápadně připomínají fetvy, nábožensko-právní nálezy vydávané významnými islámskými univerzitami. Tato praxe pak vede k unifikaci celého systému, podobně jako třeba po tridentském koncilu probíhal v celém katolickém světě mešní obřad jednotně a lokálně, jakkoli kreativní klerik nemohl nic ponechat vlastní variační schopnosti.

Tímto způsobem se potom ze systému vypuzují všichni samostatněji myslící jedinci a zbývají „administrátoři“, ať už zásvětní či časné spásy (systém tvorby diagnóz na základě sady kvantitativních laboratorních dat, v zásadě připomínající botanické či zoologické určovací klíče a ve vojenském slangu označitelný jako „blbovzdorný“, si intuice či samostatného myšlení příliš nežádá – diagnóza sama je ale záležitostí zcela klíčovou, od níž se vše podstatné odvíjí – i na pacienta působí toto sousloví většinou okouzlejícím a často uklidňujícím dojmem, byť třeba perspektivy nejsou nejrůžovější – ale nejistota končí a slovní magie zaúčinkuje).

Církev od svých počátků zdůrazňovala, že svátosti neuděluje kněz, často slabý a chybný, ze své vlastní síly, nýbrž z moci Bohem propůjčené (církevní interdikt, spojený s nepodáváním svátostí v dotyčné oblasti, byl nesmírně mocnou zbraní, asi jako by dnes byl zákaz poskytování první pomoci – této zbraně ovšem MPK neužívá, i úplných stávek spíše výjimečně). Podobně je tomu i novodobým lékařem (na rozdíl od léčitele či třeba psychoanalytika), který neléčí vlastním charismatem a mocí, ale silou celého medicínsko-průmyslového komplexu, který třeba syntetizuje příslušný umělý hormon a na nějž se vlastně váže pacientův „ontologický dluh“, o němž velmi výstižně mluví E.Drewermann.

Mluvím-li s lékaři „z praxe“, často mi říkají, že takovéto postupy jsou nutné, neboť co všechno by pacienti dělali, kdyby nad nimi nebyl bedlivý dohled.... Tento úhel pohledu, zajisté odpovídající středověké církevní praxi i osvícenskému vrchnostenskému státu, zcela neguje úhelný kámen moderních západních demokracií, a sice představu, že jedinec je sám za sebe odpovědný a má svobodu i k tomu, konat věci pro sebe skutečně či domněle nevýhodné či škodlivé.

Je jistě otázkou, zda sčítáním hlasů nekompetentních amatérů se správně hledá nová vláda pro zemi, ještě víc mne však děsí představa, že vládu dosazuje grémium odborníků na politologii. Jednáme-li už tak, že občan pro některá rozhodnutí kompetentní je, nemůžeme mu tuto kompetenci upírat ve věcech jiných, zejména týkají-li se jeho samého. Je jistě otázkou, zda je dobře, že některé sekty odmítají krevní transfúzi – je-li tomu ale tak, je ostudné, podávat ji jejich příslušníkům násilím, podobně jako bylo pohoršením nedobrovolné „křtění“ Židů za středověkých pogromů, spojené někdy i s násilným vepáváním konsekrovaných hostií lůzou (domnívám se, že odpovědnost rodičů za děti se týká i způsobů jejich léčení, byť někdy může vést k věcem kontroverzním – připustíme-li, že do oblasti rodiny může stát či MPK neomezeně zasahovat, je po svobodě západního typu).

Jest se obávat, že Evropská unie,

Zbytek si laskavý čtenář dočte v případě zájmu v dvojčísle revue PROSTOR č. 58-59

Psáno v Praze, v červnu L.P..2003

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku v medicíně

Tiskne PPI Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010
skt@sktlib.cz