

<p>číslo <b>1</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PSYCH@SOM</b></p> <p style="text-align: center;">PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI PRO SVOU POTŘEBU</p>	<p style="text-align: right;">ROČNÍK <b>2004</b></p>
<p><b>OBSAH</b></p>	<p><b>EDITORIAL 3</b></p> <p><b>NAD MINULÝM ČÍSLEM, POŠTA 4</b></p> <p><b>POLITIKA, KONCEPCE 4</b></p> <p>INFORMACE O MOŽNOSTI ZÍSKAT OSVĚDČENÍ O PSYCHOSOMATICKÉM VZDĚLÁNÍ 4</p> <p>JIŘÍ ŠAVLÍK, JAN HNÍZDIL: KRIZE A NADĚJE SOUČASNÉ MEDICÍNY 5</p> <p><b>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 14</b></p> <p>ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY IV A V (IPVZ) 14 SEMINÁŘE PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY V PATOČKOVĚ 15 10. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY: PSYCHOSOCIÁLNÍ A DUCHOVNÍ LIMITY BIOLOGICKÉ MEDICÍNY 16.-18.ZÁŘÍ 2004 15</p> <p><b>ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ 17</b></p> <p>PRIM. MUDR. MARIE SELEROVÁ, PHDR. MILADA BÝMOVÁ: SPOLUPRÁCE DERMATOLOGICKÉ ORDINACE S KLINICKOU PSYCHOLOGIÍ 17</p> <p><b>KASUISTIKY 19</b></p> <p>MUDR.PETRA PETROVSKÁ: KAZUISTIKA DERMATOLOGICKÁ 19</p> <p><b>NAŠE ANKETA: JAK (NE)MLUVÍTE S PACIENTY O SEXU? 24</b></p> <p>MUDR. JAN ŘEHÁK: JAK (NE)MLUVÍM S PACIENTY O SEXU? 25</p> <p><b>HISTORIE OBORU 30</b></p> <p>THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL 30</p> <p><b>SOUČASNÉ TRENDY 40</b></p> <p>JAN PONĚŠICKÝ: SERIÁL- ZÁSADY PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PŘÍSTUPU U PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ: DÍL TŘETÍ: INICIÁLNÍ SCÉNICKÉ CHOVÁNÍ PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ 40</p> <p><b>VOLNÁ MÍSTA: 42</b></p> <p><b>VÝCVIKY: 42</b></p>	
<p><b>Redakční rada</b></p>	<p>MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P. MOOS, MGR.J. KNOP, PROF. S.KOMÁREK . DOC.J.BERAN, DOC.J.ŠIMEK</p>	<p>Uzrálo dne 30.12.2003</p>
<p><b>Redakce:</b></p>	<p>Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398 e-mail: <a href="mailto:chvala@sktlib.cz">chvala@sktlib.cz</a> . Psych@Som je ke stažení na elektronické adrese <a href="http://www.sktlib.cz/psychosomatika">www.sktlib.cz/psychosomatika</a></p>	<p>Uveřejněné práce nebyly jazykově ani odborně redigovány</p>

Budete-li tisknout soubor stažený z internetu ([WWW.SKTLIB.CZ](http://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: 44,1,2,43/42,3,4,41/40,5,6,39/38,7,8,37/36,9,10,35/34,11,12,33/32,13,14,31/30,15 16,29/28,17,18,27/26,19,20,25/24,21,22,23. Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na [MENCLOVA@SKTLIB.CZ](mailto:MENCLOVA@SKTLIB.CZ), bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Cena tištěného čísla je 40 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvte s paní sekretářkou Menclovou.**

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ  
FARMACEUTICKÁ FIRMA

## EDITORIAL

Tímto číslem vstupuje [Psych@som](mailto:Psych@som), převážně elektronický (a dosud) nepravidelně vycházející bulletin psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti a přátel psychosomatického myšlení v medicíně do svého druhého ročníku. I nadále by chtěl být „nízkoprahovým“ médiem, čímž vůbec nemyslím „méněcenným“, nýbrž „běžným lidem dostupným“ ať už čtenářům, tak hlavně přispěvatelům. Protože chceme zůstat na mocenských vlivech i nadále nezávislí, nemáme dosud sponzory a zůstáváme bulletinem vydávaným s nejnižšími možnými náklady. Jedním z důvodů tohoto postupu byl, a i nadále zůstává fakt, že nebylo zatím jasno, zda existuje dostatečný čtenářský zájem a hlavně, zda se objeví dostatečné množství prací z oblasti psychosomatiky. Obě obavy zatím vypadají liché. Dnes jsme na tom tak, že zdaleka ne všechny příspěvky, které máme pro nové číslo připraveny se do čísla vejdou, a tak budou otištěny postupně v číslech dalších. Dokonce si můžeme dovolit jistý přepych výběru ve prospěch čtenáře, aby nebyl zavalován málo kvalitními texty, které jen zdržují a okrádají nás o čas. K již existující sestavě redakční rady jsme přizvali další členy: doc. MUDr. Jiřího Šimka, CSc. a doc. MUDr. Jiřího Berana, CSc. To však neznamená, že bych vás, drazí přátelé, nabádal k tomu, abyste přestali přemýšlet o svých pacientech, o svých problémech a o tom, jak své myšlenky zpřístupnit ostatním kolegům našeho rodícího se společenství na stránkách tohoto bulletinu. Nezapomeňte, že rezervy tady stále jsou. V minulém roce vyšel bulletin jen 4x, a není nikde psáno, že nemůže vyjít 6x, nebo dokonce 12x.

V tomto čísle, když se podívám odzadu, jak obvykle tiskoviny čítávám, najdete pokračování seriálu pana doktora Jana Poněšického o psychosomatickém pacientovi, tentokrát se věnuje jeho iniciálnímu scénickému chování. O kousek blíž naleznete další část překladu z vynikající učebnice psychosomatické medicíny Thure von Uexküllla. Pokud jste zvědaví na kazuistiku, vešla se dnes jen jedna, tentokrát dermatologická. Zazněla na podzimních psychosomatických disputacích v Lékařském domě ale neuškodí si ji znovu přečíst i pro ty z vás, kteří ji případně od Petry Petrovské už slyšeli. Nad případem nás napadla otázka, jak se kdo domlouváte se svými pacienty o jejich prožívání sexuality a vyhlásili jsme proto na toto téma anketu. Protože je to také téma, kterým zatěžujeme adepty ve výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci, máme již řadu odpovědí, které postupně hodláme otisknout. Pokud i Vás napadne napsat, neváhejte a svůj názor pošlete na naši adresu, pokud možno v elektronické podobě. Podělte se o své zkušenosti. Nepřehlédněte, prosím, pojednání kolegů Šavlíka a Hnízdila, kterým se podařil husarský kousek: zorganizovali seminář v poslanecké sněmovně. Souhrn, který uveřejňujeme v tomto čísle, je hutná koncepční práce ve prospěch psychosomatického myšlení napříč celou naší medicínou. Může se vám to zdát utopické, ale bez takového tlaku na zákonodárce se naše přesvědčení neprosadí jen proto, že my sami víme, že je dobré. Obávám se naopak, že tlak lobbistů, kteří chtějí proměnit medicínu v úřednickou činnost zaměřenou především na správné rozdělování výrobků farmaceutických firem pokud možno do celé populace podle předepsaných formulářů doporučených postupů, stále stoupá. Zákonodárci nemohou sami takovému tlaku, i kdyby byl ekonomicky sebevíc destruktivní, čelit. O tom přineseme zprávy v nejbližších číslech. A nyní již jen jedinou větu: do nového roku přeji vašim snahám hodně štěstí, pevné vůle a k tomu dobrou mysl.

Vladislav Chvála

## NAD MINULÝM ČÍSLEM, POŠTA

Taky jsem se zamýšlel nad výší poplatku za jarní kurz v IPVZ. V únoru jsem za 300 korun absolvoval povinný jednodenní předatestační kurz veřejného zdravotnictví a zdravotnického práva, kde nás celou dobu varovali před agresí pacientů, vysvětlili nám, že pacienti jsou naši nepřátelé a nabádali nás k ostražitosti vůči nim. Samozřejmě za souhlasného mručení v sále. Za setkání lidí, kteří se snaží své pacienty pochopit a být s nimi, něco sdílet, chtějí 1200 za 2 dny. No... dává to smysl. Poznali v čem je hodnota a co je cenné. Takže asi opravdu jseš paranoidní. IPVZ nás totiž začíná chápat.

Měj se, Eda (Rys)

## POLITIKA, KONCEPCE

### INFORMACE O MOŽNOSTI ZÍSKAT OSVĚDČENÍ O PSYCHOSOMATICKÉM VZDĚLÁNÍ

V posledním téměř dvouletém období došlo k několika jednáním mezi IPVZ a psychosomatickou sekcí PS ČLS JEP. Prvním výsledkem těchto jednání bylo uspořádání kurzů (Úvod do psychosomatické problematiky - říjen 2002, duben 2003 a říjen 2003).

Dalším výsledkem je příprava podmínek pro získání osvědčení o psychosomatickém vzdělávání. Toto osvědčení bude dostupné pro lékaře klinických oborů. Perspektivně bude předpokladem pro výkon praxe v oboru psychosomatická medicína. Podmínky pro získání osvědčení budou obdobné jako u specializační atestace vyššího stupně. Předpokládá se atestace I. stupně v některém oboru klinické medicíny, psychoterapeutický výcvik, účast na kurzech a odborných stážích IPVZ. O přípravě ke zkoušce budou vedeny záznamy v tzv. logbooku. Na závěr bude třeba složit zkoušku před komisí složenou obdobně jako

komise atestační. Zájemci budou moci zahájit specializační přípravu ve druhé polovině roku 2004. Po přechodné období bude dána možnost získat osvědčení po předložení požadovaných dokladů o atestaci, psychoterapeutickém vzdělání a praxi bez zkoušky. Agenda týkající se osvědčení bude spadat pod katedru psychiatrie IPVZ.

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.  
za IPVZ Praha

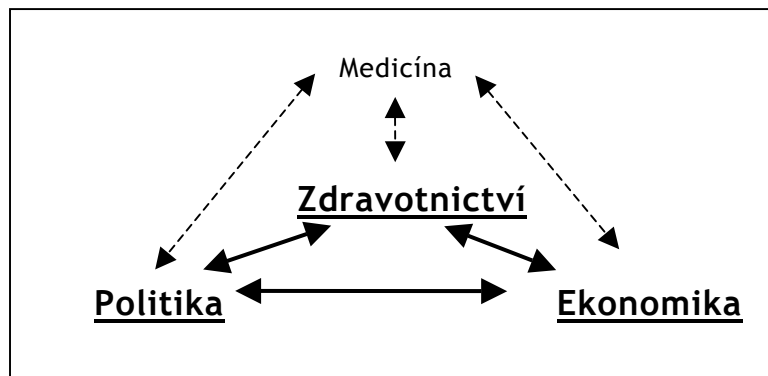
### **JIŘÍ ŠAVLÍK, JAN HNÍZDIL: KRIZE A NADĚJE SOUČASNÉ MEDICÍNY**

*MUDr. Jiří Šavlík a MUDr. Jan Hnízdil s asistentem MUDr. Zdeňkem Kalvachem, zorganizovali pod záštitou předsedkyně Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví PSP ČR Doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc., a místopředsedy Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví PSP ČR MUDr. Milana Cabrnocha seminář pro poslaneckou sněmovnu (parlamentní zdravotní seminář) na téma „Križe a naděje současné medicíny“. Není třeba zdůrazňovat, jak významný pro naše společenství je takový počín. S jejich svolením zde postupně uveřejníme přednesené referáty.*

#### **Problémy současné medicíny.**

Budeme-li hovořit o posledních 13 letech vývoje našeho zdravotnictví, nutně dospějeme k závěru, že oproti očekávanému rozvoji a vzestupu se prohlubuje jeho krize. Ta se dokonce stává obrazem celospolečenského dění. Na jedné straně dochází k růstu makroekonomických ukazatelů jako je hrubý produkt, růst mezd, malý růst inflace atd. - na druhé straně však stojí rekordní výše dluhu rozpočtu, neuvěřitelný růst kriminality, korupce, hrubosti a brutality. Také zdravotnictví, co do přístrojové vybavenosti a spektra diagnostických a terapeutických možností, prodělalo netušený rozvoj, aniž by tomu ovšem odpovídala úroveň jeho dostupnosti, výkonnosti a efektivity.

Vždy se hovoří o ekonomicko-politické problematice. To je zavádějící. Celý problém je totiž nutné strukturovat způsobem zásadně odlišným.



Obr. 1: Dosavadní model řešení problémů zdravotnictví

**A. Medicína** je biologický vědecký obor, zabývající se příčinami vzniku a vývoje nemocí a jejich léčením. Její současná koncepce je nejvážnější překážkou účinné reformy. Spočívá v těchto aspektech:

- přírodovědecký mechanistický přístup k jednotlivým dílčím problémům zcela vylučuje celostní pohled na člověka jako bio-psycho-sociální jednotku
- pacient je objekt, na němž se medicína provádí (nemocný = bezmocný)
- lékař je eticky vyspělý odborník, který s vědeckým zaujetím a objektivní neutralitou na pacientovi diagnostikuje biologicky definované choroby a ty léčí (je všemocný)
- psychosociální problematika je důsledně na okraji odborného zájmu lékařů, zabývajících se tělesnými chorobami a odkazována psychiatrům (to jsou biologicky orientovaní odborníci na duševní choroby), nebo je, jako podstatně méně důležitá, "ponechávána" klinickým psychologům
- mocenská a odborně prestižní hierarchie se odvozuje od specializované vědecko-biologické odbornosti v jednotlivých dílčích oborech
- mocenská elita vtiskuje medicíně její realizační pravidla a kariérní řád

**B. Zdravotnictví:**

- je organizováno ve 3 hierarchiích: obvodní systém s nejnižším prestižem, odborná zařízení středního stupně, vědecky specializovaná pracoviště nejvyšší odbornosti a také prestiže.

- "díky" modernímu vybavení je základní poslání na všech úrovních definováno jako technicko-organizační problém rozpoznání diagnózy metodou postupného vylučování možných (někdy i málo pravděpodobných) onemocnění - vyšetření s cílem "vyloučit podezření" na závažnou chorobu
- terapie vychází z předpokladu, že je třeba poruchy na jednotlivých systémech opravit vnějším technickým nebo chemickým způsobem (vyjmutí, nahrazení, zamezení, podpoření apod.)
- od pacienta se očekává, že se trpělivě přizpůsobí vědeckým postupům a za to bude odměněn neuvěřitelně podrobnou analýzou svého tělesného poškození; anebo bude eliminován jako nositel funkční poruchy, jehož terapie bude svěřena psychiatrovi a bez psychiatrické diagnózy eventuelně odkázán na klinického psychologa
- je snaha co nejpřesněji definovat diagnostický problém jako fyzikální, chemický nebo biologický problém a tedy každé subjektivní obtíži či objektivnímu příznaku přiřadit příslušnou příčinu
- každý nový odborník, který se podílí na diagnosticko-terapeutickém procesu na každé nové úrovni hierarchie provádí znovu tatáž vyšetření z obavy, že ta dřívější nebyla dost přesná či úplná, nebo se stav pacienta změnil; zásadou je nepřehlédnout závažnou chorobu
- motivem je, že jako vážné pochybení je definováno opomenutí nějakého vyšetření a tím přehlédnutí tělesného poškození; není chybou u pacienta přehlédnout psychosociální problém a uvedenými postupy ho chronifikovat případně učinit neodstranitelným
- zcela chybí specializované postupy rozlišení poruch na psychosociální problémy přizpůsobení a psychická onemocnění, tělesných poruch na problémy medicínské a pečovatelské
- tomuto nedostatku rozlišení pak odpovídají i nepřipadná technicko-organizační opatření

**C.** Zdravotnictví je významné **politikum**, jehož stav je neúprosně přesným odrazem občanské vyspělosti a kultury veřejného života:

- politikové na nejvyšší úrovni komunikují o problémech zdravotnictví s nejvyššími představiteli medicínské hierarchie, kteří jsou skutečnými rozhodovateli o kvalitě a organizaci péče o zdraví
- politikům proto zcela chybí týmy poradců, kteří znají medicínsko-zdravotnickou problematiku na úrovni současného psychosomatického myšlení
- vždy znovu je zdravotník tím profesionálem, na jehož etiku se poukazuje a současně s poukazem na ní je hrubě a neomaleně zneužíván jako příslušník makrosociálně málo vlivné skupiny (což zpětně svědčí o pokleslé etice politiků)
- protože celá medicína se promítá do zdravotnictví svým biologicko-technickým zaměřením, je nasnadě tragický paradox: čím vyšší je biologicko-technologická potence medicíny, tím menší je její skutečná společenská účinnost prostřednictvím organizačně metodických zásad zdravotnictví a zároveň je tou měrou stále dražší
- bludný kruh uzavírá fakt, že občan jako potenciální pacient je stále více frustrován zevními projevy dezorganizace zdravotnictví, které jsou patrné i laikům a rovněž nízkou úrovní psychologické dovednosti zdravotníků v profesionálním chování k nemocným

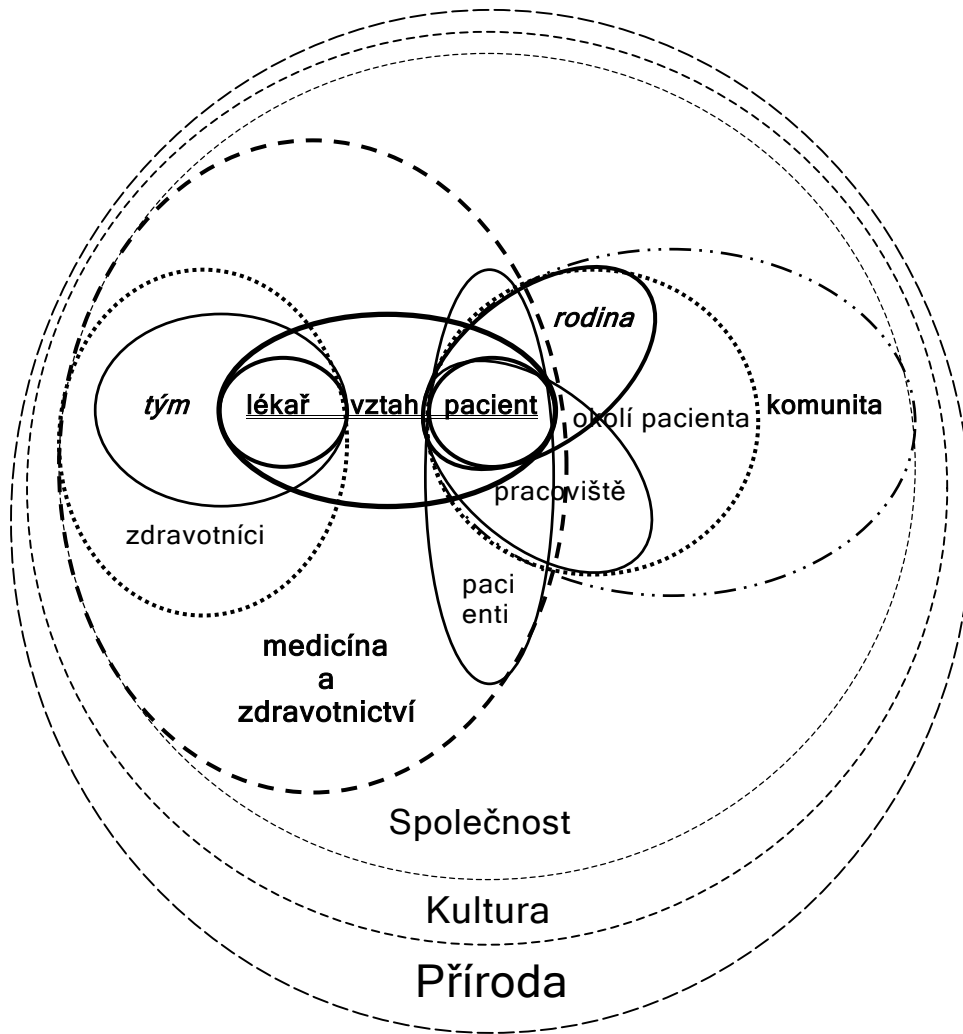
**D. Ekonomika** je složitý společenský subsystém, který je nesmírně dynamický a věcně i politicky vlivný. Zdravotně politické problémy pak pro ekonomiku modelují požadavky, na které ona svými prostředky reaguje:

- definice ekonomických problémů medicíny jsou odrazem politického ignorování skutečných, věcně definovatelných problémů rozvoje vědy a vzdělání
- ekonomické problémy zdravotnictví jsou odrazem chaotické neúčinnosti metodicko organizačních opatření

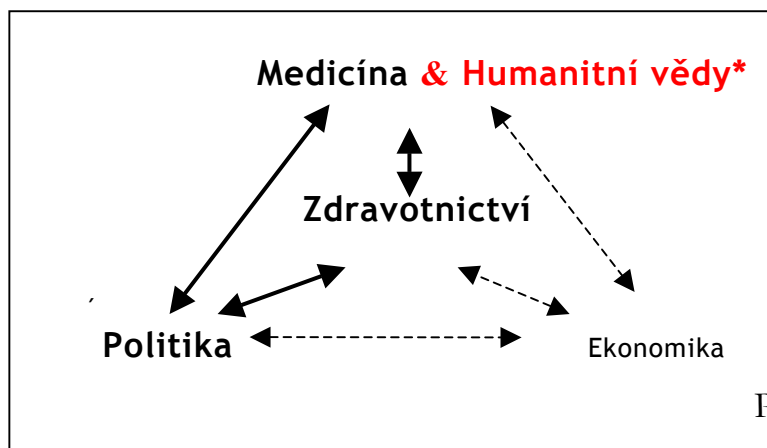


- problémy se spoluúčastí pacientů na platbě za zdravotnické služby jsou obrazem chybných koncepcí pojišťoven, které jsou v přímé návaznosti na politicko ekonomické nedostatky kvalitní analýzy komplexu problémů

**Možnosti řešení.**



Obr.2: Vztah lékař : pacient jako základ medicíny



Obr. 3: Nový model řešení problémů zdravotnictví

(\* červeně doplnil schéma editor, podle jehož názoru je teprve takto úplné)

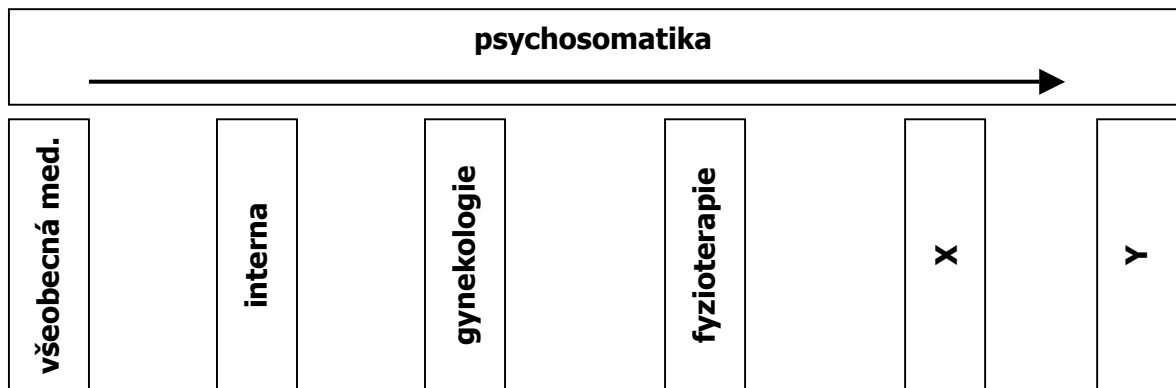
**A. Medicína** je humanisticko-biologický interdisciplinární vědecký obor, zabývající se člověkem ve zdraví a nemoci. Možnosti její reformy spočívají v těchto aspektech:

- celostní pohled na člověka jako bio-psycho-sociální jednotku
- pacient je vždy součástí mnoha sociálních skupin a vztahů
- lékař je vždy ve vztahu s pacientem a musí tedy kromě medicíny být i odborníkem na tento vztah; sám je rovněž součástí dalších vztahových skupin
- lékař neručí za pacienta, ale z větší části odpovídá za svůj vztah s ním a ručí za svojí profesionální kompetenci
- vztah lékař-pacient je vždy lidsky i medicínsky definovaný vztah oboustranné aktivní spolupráce
- vztah lékař-pacient je základem medicíny i její organizačně metodické, sociálně zakotvené podoby - zdravotnictví
- mocenská a odborně prestižní hierarchie se odvozuje od tohoto vztahu v podobě týmové organizace práce, která je soustředěná na obecně lidské potřeby pacienta a účinné profesionální postupy

## **B. Zdravotnictví**

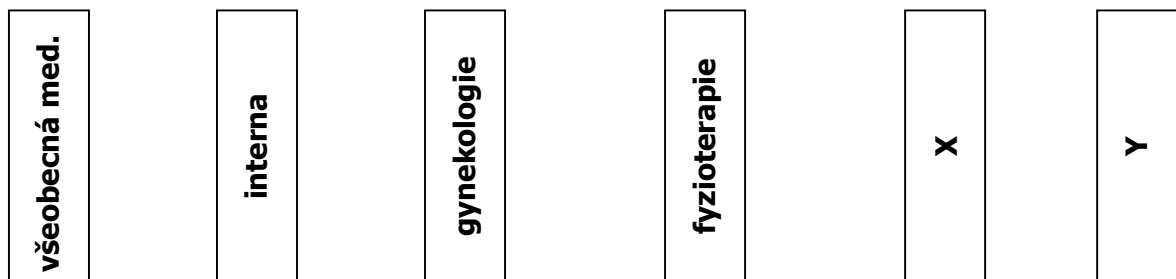
- je organizováno ve třech hierarchiích, které jsou horizontálně i vertikálně informačně propojené:
  - obvodní systém, jehož kvalita je podmínkou kvality celého zdravotnického systému a má tomu odpovídající prestiž; jeho základem je lékař, pracující psychosomaticky
  - odborná zařízení středního stupně, která vytvářejí odborný konzultační systém na principu týmové spolupráce, tj. průběžná vzájemná informovanost a konzultovaná zásadní rozhodnutí
  - vědecky specializovaná pracoviště nejvyšší odbornosti, která jsou organizována na stejných principech jako předchozí stupně; jejich

přednostové svojí kvalitou zajišťují vysokou odbornost, ale i psychosomatický týmový způsob práce;



Obr. 4: Vertikální a horizontální struktura medicíny. Horizontálně - psychosomatický přístup; Vertikálně - členění na jednotlivé speciální obory.

**Praktický lékař jako "transverzální odborník" na počátky nemocí a současně na zdravý životní styl a prevenci**



Obr. 5. Praktický lékař jako základní odbornost, od níž se odvíjí celá organizace medicíny

- primární je klinický kontakt lékaře s pacientem, založený na důvěře a aktivní spolupráci - ten umožní především rozhodnout zda jde u pacienta o přechodnou indispozici nebo počátek onemocnění
- díky této spolupráci odpadnou vyšetření "pro jistotu", "abych byl krytý"
- dobrý kontakt usnadní pozitivní přístup k diagnóze a indikace vyšetření k potvrzení (nikoliv k vyloučení) diagnózy
- všechna sebedokonalejší vyšetření jsou pomocná vyšetření, lékař je vyhodnocuje s ohledem na klinický stav pacienta, vývoj onemocnění a vždy další kroky pacientovi vysvětlí (eventuelně s ním konzultuje)

- kvalitní informace z osobní komunikace a jejich předávání jsou zárukou snížení počtu zbytečných vyšetření
- diagnóza vždy musí mít objektivní a subjektivní aspekt, tedy nejen o jaké onemocnění se jedná, ale také jak pacient stůně;
- také terapie musí mít tyto aspekty - teprve pak může být dostatečně účinná
- terapie vychází z předpokladu, že pacient má vlastní sebeléčivý potenciál a především ten je třeba uvolnit a podpořit; lékař pacienta psychicky podpoří a on najde sílu k uzdravě; chirurg provede řez, ale jizvu si pacient musí vytvořit sám
- všude, kde je to možné do terapie zapojit nejbližší sociální okolí a eventuelně usměrňovat jeho spolupráci
- existují specializované postupy k rozlišení jednotlivých podmínek vzniku poruch a onemocnění a současně postupy k integraci dílčích poznatků do celostního psychosomatického porozumění celé situaci
- existují standardní postupy k rozlišení indikací na medicínskou a ošetrovatelskou nebo podpůrnou péči, které zamezí medicinalizaci životních problémů
- těmto postupům pak odpovídají patřičná technicko-organizační opatření

**C. Zdravotnictví je významné politikum**, jeho stav je neúprosně přesným odrazem občanské vyspělosti a kultury veřejného života:

- základem zdravotní politiky je jasná celostátní koncepce; tu je nutné budovat současně
  - zdola, v příslušných správních oblastech, kde poradní tým musí vycházet z psychosomatického a komunitního principu a veškerou činnost organizovat kolem jasně definovaných potřeb sociální a zdravotní péče a jejich interakce v konkrétních podmínkách
  - v těchže správních oblastech budovat specializovanou službu na principu konzultačním, opět s psychosomatickou koncepcí tzv.

mobilních týmů (v zahraničí existuje Consultation /Liaison Psychosomatic, C/L-P)

- shora, centralizovaně, podle pokynů odborníků budovat vysoce specializovaná centra, avšak s psychosomatickým režimem stálých týmů, pečujících o nemocné; desítky let je známý princip terapeutické komunity
- vertikální komunikace se vytvoří dle konkrétních podmínek, její funkčnost je kritériem její kvality
- kvalitu péče musí zajišťovat a kontrolovat jednotlivé oblasti prostřednictvím orgánů, složených z reprezentace zdravotnické a politické s vymezenou pravomocí a definovanou odpovědností
- politikové na nejvyšší úrovni komunikují s nižšími úrovněmi prostřednictvím stejných politicko-zdravotních struktur
- profesní organizace (lékařské komory) otevřeně spolupracují s politickými zastupitelskými orgány a zajišťují tak kvalitu profese "dovnitř" zdravotnických struktur i "ven" do veřejného občanského prostoru
- etika zdravotnického povolání má svojí samozřejmou podporu právě v otevřené komunikaci lékařů s veřejností - organizace na ochranu pacientů jsou zbytečné, stejně jako požadovaná ochrana lékařů proti pacientům - to jsou společensky vysoce nebezpečné důsledky chaosu ve zdravotnické politice, které narušují budovanou důvěru vztahu zdravotník : pacient

D. **Ekonomika** je složitý společenský subsystém, který je nesmírně dynamický a věcně i politicky vlivný. Zdravotně politické problémy pak pro ekonomiku modelují požadavky, na které ona svými prostředky reaguje:

- ekonomické problémy medicíny jsou jasně definovány z fungující organizační struktury a slouží tak vždy zároveň jejímu dalšímu rozvoji, nikoliv zpětnému umořování dluhů
- ekonomické problémy zdravotnictví jsou řešeny s ohledem na vědecký rozvoj a kvalitní výcvik pre- i postgraduální a jejich vzájemnou kooperaci

- problémy se spoluúčastí pacientů na platbě za zdravotnické služby jsou řešeny současně s řešením odpovědnosti pacientů za vlastní zdraví; tak aby motivovaly spolupráci se zdravotnictvím a zároveň demotivovaly pasivní zneužívání péče

## Závěr

Důsledná realizace takového projektu v praxi dosud nebyla uskutečněna ani ve vyspělých západních zemích, tam ale jednotlivé dílčí kroky již začali provádět před více desetiletími. Například zmíněná Consultation / Liaison Psychiatriy (Psychosomatic), zařízení, pracující na principu terapeutických komunit, znovuoživení praxe rodinných lékařů (Family medicine), komunitní organizace péče, rozlišená na sociální a lékařskou, sahající do domovů jednotlivých občanů (Home care).

Existují odborné práce, konstatující ekonomické výhody takovýchto postupů.

Především však existuje politická vůle takové projekty prosazovat. V odborné literatuře se lze dočíst, že uskutečňování takových projektů je možné jen když jsou podporovány jako celostátní zájem.

MUDr. Jiří Šavlík, CSc.

MUDr. Jan Hnízdil

## AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

### Úvod do psychosomatiky IV a V (IPVZ)

č. kurzu 222018.:	20. a 21. února 2004
Místo konání:	Hotel ILF, Budějovická, Praha
Doc.MUDr. R.Pánková:	Dermatovenerologická psychosomatika
MUDr.Zorka Bártová:	Konvenční psychosomatika nekonvenčně praktikovaná
MUDr.Jan Poněšický:	Cyklus přednášek o psychosomatické medicíně
Chvála+Trapková:	Psychosomatický příznak v rodině II. (pokračování)
Prof.RnDr.S.Komárek:	Biologie moci (předběžně)
Trapková+Chvála:	Kasuistický seminář
Doc.MUDr.J.Šimek:	Psychosomatické aspekty vnitřního lékařství
Event.MUDr.Pečenka	Možnosti pojištění v hrazení psychosomatické péče

PhDr.L.Trapková + další vedoucí balint.skupin (podle počtu přihlášených):  
Balintovská skupina

Přihlášky je třeba zasílat obvyklým způsobem poštou na adresu: IPVZ, odd. organizace studia, Budějovická 15, 14000 Praha 4 nebo na e-mailovou adresu: [Prihlasky@ipvz.cz](mailto:Prihlasky@ipvz.cz)

Cena: předběžně 1000-1200Kč (cenu stanovuje IPVZ)

Za organizátory: MUDr. Vladislav Chvála, doc. Jiří Beran

## **SEMINÁŘE PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY V PATOČKOVĚ**

Vážení přátelé,

dovolujeme si Vás pozvat na pravidelné semináře, které pořádá  
**Psychosomatická klinika, s.r.o.**

### **Program:**

- 20.1.2004 prof. MUDr. Ctirad John, DrSc: Příčné vazby imunologie
- 3.2. 2004 PhDr. Marie Pečená: Psychosomatika v gynekologii a porodnictví
- 6.4. 2004 MUDr. Petra Petrovská: Kůže zrcadlem duše?
- 1.6. 2004 MUDr. et PhDr. Jan Poněšický: Účinné faktory a proces změny v psychoterapii
- 5.10.2004 PhDr. Ing. Karel Hájek: Tělesně zakotvené prožívání

**Začátky** vždy v 17:30

**Cena semináře:** 100,- Kč

**Místo konání:** Psychosomatická klinika, s.r.o., Patočkova 3, Praha 6

**Dopravní spojení:** Nejlépe tramvají č 15 nebo 25 ze stanice metra Hradčanská do zastávky Hládkov (směr Bílá Hora)

**Informace** na tel. čísle 233 351 741 nebo na [www.psychosomatika.cz](http://www.psychosomatika.cz)

Je zažádáno o uznání seminářů do kontinuálního vzdělávání lékařů i psychologů.

## **10. celostátní konference psychosomatické medicíny: Psychosociální a duchovní limity biologické medicíny 16.-18.září 2004**

PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP,  
PSYCHOTERAPEUTICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, PRAŽSKÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ  
INSTITUT, POBOČKA LIBEREC, PSYCHIATRICKÁ KLINIKA V PLZNI, STŘEDISKO  
KOMPLEXNÍ TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI

pořádají u příležitosti 15. výročí otevření SKT Liberec

**10. celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci**



## Psychosociální a duchovní limity biologické medicíny

**Místo a termín** Liberec 16.- 18. září 2004  
**Kontaktní adresa:** Pražský psychoterapeutický institut v Liberci, Jáchymovská 385 Liberec 10, Tel. 485151398,  
**e-mail:** aktivní přihlášky do programu konference: [chvala.vladislav@iol.cz](mailto:chvala.vladislav@iol.cz)  
e-mail: pasivní přihlášky a ubytování: [konference@sktlib.cz](mailto:konference@sktlib.cz)  
**webová stránka:** [www.sktlib.cz/konference](http://www.sktlib.cz/konference)  
**Prezident:** Doc.MUDr. Jiří Šimek, CSc.  
**Progr. výbor:** MUDr.Vl. Chvála, PhDr.L.Trapková, Mgr.J.Knop, Mgr.P.Moos  
**Sekretariát** Radka Menclová, [menclova@sktlib.cz](mailto:menclova@sktlib.cz), mobil.tel. 605216990  
**Vědecký výbor:** Doc. PhDr. Karel Balcar, Doc. MUDr. Jaroslav Baštecký, CSc., Doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc., Doc. MUDr. Jiří Beran. CSc., MUDr. Radkin Honzák, CSc., MUDr. Vladislav Chvála, PhDr.Hana Junová, prof. RNDr. Stanislav Komárek, DrSc., prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, MUDr. PhDr. Jan Poněšický, ThDr. Miloš Raban, PhDr. Jiří Růžička, MUDr.Jiří Šavlík, Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. prof. PhDr. Jan Vymětal

### Tématické okruhy:

- psychosociální a duchovní limity biologické medicíny
- možnosti a limity psychoterapie a rodinné terapie u psychosomatických poruch
- ostatní metody léčby psychosomatických poruch
- výzkum psychosomatických aspektů a ekonomická hlediska
- výuka v psychosomatice
- různé

<b>Konferenční poplatek:</b>	<b>Do 31. května 2004</b>	<b>Po 31. květnu 2004</b>
<b>Člen psychosomatické sekce PS ČLS</b>	<b>600 Kč</b>	<b>800 Kč</b>
<b>VŠ pokud nejsou členy Ps sekce PS ČLS</b>	<b>800 Kč</b>	<b>1000 Kč</b>
<b>Studenti, zdrav.sestry, středoškoláci</b>	<b>400 Kč</b>	<b>600 Kč</b>

Platbu posílejte na číslo konta Pražského psychoterapeutického institutu pobočka Liberec: **135851734/0300 u ČSOB, a.s.** s identifikací číslem svého narození ve formátu ddmrr a poznámkou psychosom. konference. Kapacita je omezena asi na 150 účastníků.

**Aktivní účast:** Vaše přednáška nebo dílna může být zařazena do programu konference, pokud pošlete anotaci ve formátu MS WORD, řádkování 1,5 písmo 12 bodů, Times New Roman, záhlaví: 1.název, 2.autoři, 3.pracoviště, rozsah do 1500 znaků vč.mezer, s citací max. 5



prací., na adresu [chvala.vladislav@iol.cz](mailto:chvala.vladislav@iol.cz) do 31.5. 2003. Délka sdělení 15-20 minut. Vědecký výbor si vymíní právo vybrat přednášky a sestavit program. O zařazení budete vyrozuměni.

## ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

### **PRIM. MUDR. MARIE SELEROVÁ, PHDR. MILADA BÝMOVÁ: SPOLUPRÁCE DERMATOLOGICKÉ ORDINACE S KLINICKOU PSYCHOLOGIÍ**

*V Novém Jičíně vznikla dobrá spolupráce mezi dermatologií (primařka MUDr. Marie Selerová, marie.selerova@nspnj.cz) a psychologickou ordinací (PhDr. Milada Býmová). O své spolupráci hovořily v Lékařském domě u příležitosti Psycho-somatických disputací na podzim tohoto roku. Text byl připraven spíše pro tuto příležitost a k publikování se nehodí, ale protože v této rubrice jde o zprávy, jak se kde daří psychosomatickému uvažování v praxi.*

**Prim MUDr. Marie Selerová:** Psychosomatická medicína ve svém nejširším pojetí předpokládá, že člověk ve zdraví i v nemoci, v každém svém momentálním stavu i průběžném pohybu svého bytí, představuje jednotu psychického a somatického se svým prostředím. Je však třeba přiznat, že u každé diagnózy nemůžeme říci, že psychosociální patologie je nezbytnou podmínkou jejího vzniku. Věříme, že jedna a táž porucha může být u jednoho pacienta psychosomatická a u jiného pouze somatická. (*Není tohle právě otázka vztahu? Co v jednom vztahu může pacient interpretovat jako záležitost zcela a výhradně somatickou, v jiném, snad bezpečnějším, nebo na psychosomatiku více orientovaném vztahu, si může dovolit vidět v širších souvislostech, tedy bio-psycho-sociálně? Pozn. red.*)

Vymezení pojmu psychosomatické onemocnění:

- Etiologie nemoci může být přímo vztažena k předchozí psychologické události nebo osobnostní charakteristice.
- Průběh nemoci (nezávisle na její etiologii) je významně ovlivňován psychologickými faktory.
- Primární znak má přímý vztah k jedinému psychologickému faktoru.
- Příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřeně protrahované a manifestují se v kontextu somatického onemocnění.

Těmto kritériím v dermatologii nejvíce odpovídají diagnózy:

- Dermatitis atopica
- Psoriasis vulgaris
- Alopecia areata
- Urticaria chronica
- Acne
- Pruritus

Ukazuje se, že tato kožní onemocnění se objevují často u lidí zvýšeně emočně citlivých. Ve struktuře osobnosti se projevuje zvýšená úzkostnost a depresivní ladění. Dalším projevem je opoždění emočně sociálního zrání a zvýšená závislost na rodině.

Rozsáhlé a viditelné dermatózy jsou obvykle spojeny s narušením chování v psychosociální oblasti. Chronické onemocnění může přerušit osobní aktivity člověka – pacienta, zasahuje do vykonávání práce a do sociálních vztahů s okolím. Zvyšuje sociální citlivost, viditelné příznaky dermatózy mohou být příčinou sociální stigmatizace.

Psychoterapeutická intervence by měla být zaměřena na posílení a vyhranění pacientova Já, na nalezení pacientova místa v rodině, směřuje k otevření se novým příležitostem a možnostem. Cílem je dovést pacienty k tomu, aby přestali být úzce zaměřeni na projevy svého kožního onemocnění a aktivitu vložili do rozvinutí osobnostního potenciálu k plnohodnotnému uplatnění v širším sociálním prostředí.

**Závěr:** Psychologická intervence, vhodná individuální, rodinná a skupinová psychoterapie jsou jednou z možností ovlivnění kvality života pacientů trpících chronickým kožním onemocněním.

### **Psychoterapie u atopického ekzému v ordinaci PhDr. Býmové:**

Používáme integrativní psychoterapii, v níž je provázáno navzájem několik psychoterapeutických technik a prostředků s cílem:

1. odstranit u pacienta bariéry, které brání průniku prožitků zevnitř ven. Drží se spousty zákazů a příkazů, které s narůstajícím věkem ztrácí svůj účel (nesmí některé potraviny, sportovní a společenské aktivity...). V terapii jde o emočně pozitivní korektivní zkušenost ve spolupráci s rodiči a kožním lékařem. Děti zbavujeme strachu, že budou rodičem zatraceny, i když budou postupně zkoušet to, co měly zakázáno.
2. relaxačními a energetizačními technikami u předškolních dětí i u mladších žáků pomoci tělo uvést do přirozeného stavu. U vyspělejších používáme hlubší relaxace se sugestivními a autosugestivními technikami (akt.hypnóza). Měníme vztahy k lidem a k věcem, k dění kolem. Používáme techniku Focusingu-označení, uvědomění a změnu jednání ze SATI.
3. vést klienty k rozumění svému tělu a k poznání, že tělo je jejich, že mohou být pány svého těla.
4. posílit sebedůvěru a pevnou osobnostní pozici v rodině, mezi vrstevníky atd. Učíme je přebírat za sebe věkově přiměřenou odpovědnost, úkoly, řešení sociálních situací. Tím dochází k osamostatňování a uvědomování si vlastní identity.

*(Text byl pro potřeby [Psych@somu](mailto:Psych@somu) zkrácen a upraven)*

## MUDr.Petra Petrovská: Kazuistika dermatologická

### První kontakty

Před 5 lety přišla ke mně do ordinace devětadvacetiletá žena pro dg. eczema atopicum na doporučení jedné mé kolegyně k léčbě akupunkturou. Tento „alternativní“ způsob byl doporučen, protože byly vyzkoušeny všechny dosud dostupné standardní i nadstandardní možnosti somatické (resp.biologické) dermatologické péče- korneoterapie, lokální i celková kortikoterapie, zklidňující koupele, světloléčba, TOMESA, antihistaminika, laseroterapie, thalassoterapie, dieta. Onemocnění probíhalo cyklickým střídáním akutních exacerbací s klidnějšími obdobími.

Při prvním vstupu do ordinace se mladá žena projevovala energickým vystupováním, strnule vzpřímeným držením těla, jakoby v neustálém nádechu, pronikavě ulpívavým pohledem ve stálém napětí. V rozhovoru mi skákala do řeči, nenechala domluvit, neposlouchala, co jsem se jí snažila říct k onemocnění, odbíhala od tématu, nedokončovala své věty. Jevila se netrpělivě těkavě, zbrkle, chaoticky, afektovaně. Za to však velice slušně při vstupu pozdravila, při odchodu se zdvořile rozloučila a za recept uctivě poděkovala. Mluvila tichým dětsky mazlivým a přidušeně slabým hlasem, ale rychle se zvyšujícím, jakmile jsem chtěla něco dodat. V řeči projevovala krajní nespokojenost s dosavadní léčbou, lékaři a zdravotnictvím vůbec- nikdo nebyl schopen jí pomoci, tolik jí slibovali, ale pak „to nesplnili a tak teď už nevěří ničemu . Snad ještě tu akupunkturu přece jen zkusí...“ Dodala se směsicí rezignace i velkého očekávání.

### Akupunktura

V akupunkturu jsem se zaměřila na ovlivnění celkového napětí v těle pacientky. Postupně se je podařilo zmírnit a s tím spojené torpidní svědění. Pacientka získala důvěru. Projevy ekzému na těle a lichenifikace kůže výrazně

ustoupily. Nezměnilo se však jedno- jakoby ničím nevysvětlitelné náhlé zhoršování, kdykoliv předcházela emočně vypjatá situace. Nikdy nebyla schopna si dát tyto faktory do souvislosti. Nedovedla si uvědomit, co předcházelo, co prožívala, jakými konfliktními situacemi procházela.. Většinou odpovídala. „Nic se se mnou nedělo.“ Nebo: „Já nevím“. Proto jsem ženě doporučila hlouběji orientovanou léčbu- psychoterapeutické rozhovory.

### **Jaký to byl příběh?**

Z biografie- žena pocházela z rodiny jako jediné dítě rodičů, kde otec byl silně dominantní a jím byla vychovávána nekompromisně direktivním způsobem- neexistovalo odmlouvání. „Bude to tak“, řekl otec a muselo to tak být. „Žijíme tě, budeš poslouchat.“ Ještě po 18- roce se musela dovolovat, jestli může večer do kina. Mohla jen tehdy, když měla hotové povinnosti, na rande nesměla, to musela tajit. Žena se svého otce bála. Matka byla zcela submisivní, otci podléhala, nikdy mu neodporovala a v dceři našla časem spojenkyni proti němu. „Držely jsme basu“, popisuje klientka.

Vztah k matce byl velmi těsný. Otec zemřel ve svých 54 letech na rakovinu hrtanu, předtím se léčil na vysoký tlak a prodělal infarkt myokardu. Po smrti otce k ní matka ještě více přilnula. Stala se zcela nesamostatnou, neměla na nic svůj názor, se vším se obracela na dceru, postupně propadala depresi. „Byla jsem doma za mužského“, přibližuje klientka. Větší krize nastala, když si našla partnera, za kterého se ve svých 27 letech v létě provdala. Koncem téhož roku matka ztratila zaměstnání a zůstala doma, propadla větší depresi a začala mít žaludeční problémy.

Bydlet zůstali s manželem u matky v bytě jedna plus jedna. Vztah s matkou se stával čím dál více konfliktním, vztah s manželem (manželství trvá necelé 2 roky), kterého má upřímně ráda, čím dál více problematictější. O sexu např. mluví: „Rychle si to odbudem, před svatbou to tak nebyvalo.“ Mluví s ním v náznacích, co by bylo třeba, jak by bylo třeba atd. Osobně nevyjádří svůj názor, když nevyhoví „přitvrdí“, naléhá případně vyčítá i křičí. Po takovém afektu je jí zase

všechno líto, mrzí ji, že neumí „držet na uzdě své emoce a že vybuchuje a ostatním ubližuje“. A tak, aby příště se takové situaci vyvarovala, raději zase se snaží upřednostňovat druhé, neříkat svůj názor, nebo jen v náznacích, ale po čase to nevydrží a syndrom papiňáku se opakuje znova. Znovu prožívá pocity viny a tak to jde dokola .

Profesí je právnička v prestižní zahraniční firmě, místo vedoucí právního oddělení si žádá její plné nasazení. Ani vztahy na pracovišti „nemám ideální“, říká. Prožívá často zklamání, když „mě kolegové nevezmou s sebou na oběd nebo jinak nepřizvou do kolektivu“, ale sama mezi ně přijít si netroufá , „aby se neshodila“.

Ekzém má od narození, vlastně **od doby, kdy matka procházela laktační psychózou** a otec, který se o ni neuměl postarat, vyřešil péči o ni tak, že ji nechal hospitalizovat na kojeneckém oddělení v nemocnici do doby, než se matka zotavila. Ekzém ustoupil kolem třetího roku, kdy se celkový stav matky stabilizoval, ale znovu vzplanul s nástupem puberty **ve dvanáctém roce**. Od té doby následovaly stavy exacerbací a klidnějších fází. **Největší zhoršení ekzému proběhlo v jejích osmnácti letech**, kdy maturovala a hlásila se na VŠ. Tehdy měla ekzém nejhorší a její tehdejší první láska se s ní kvůli tomu rozešla. Od té doby prodělává panický strach, aby se jí ekzém nezhoršil. Onemocnění se stabilizovalo a zklidnilo po skončení VŠ, vlastně po smrti otce a snad díky pravidelnému docházení na akupunkturu. Nyní mívá ekzém jen občas, ale i to ji znervózňuje a proto projevila zájem o celostní přístup.

## **Psychoterapie**

Na začátku našich sezení mě seznamuje s tím, že žije velmi spokojeně s matkou a manželem, s kterými má dobré vztahy a nevidí žádný problém. Vzápětí však líčí jeden stesk za druhým s odkazem na své bližní.

Odbíhá k líčení jednotlivých detailů, nestíhá popsat základní problém, nesnaží se respektovat časové vymezení, má tendenci stále něco dodávat, a ještě si

žádá recept, byť jsme se předem domluvili, že žádnou léčbu formou mastí provádět nebudeme. Odchází a ještě ve dveřích se znovu na mě obrací s nějakým dotazem.

I při dalších návštěvách se chová poněkud nedisciplinovaně jakoby rozmazleně, není dochvilná v příchodu ani nechce respektovat dobu ukončení našeho sezení. Jednou nepřijde a nedá vědět, co s ní je. Na mé upozorňování má řadu důležitých důvodů a tváří se ukřivděně. Během rozhovorů má tendenci opakovaně dramaticky líčit běh událostí a to co do největších detailů. Dramatičnost sdělování se projevuje i na kůži rudnutím, blednutím, které si neuvědomuje. Na mé dotazy, co právě prožívá-odpovídá „nevím“. Při patrném pohledu na nehybný hrudník, si není schopna uvědomit své tělesné projevy a zadržovaný dech.

Během ¼ roku s frekvencí návštěv jednou týdně se posunula ve větší naslouchání celkové zklidnění, není již tak uspěchaná v líčení svých životních situací, působí klidnějším uvolněnějším dojmem, pozorněji bez přerušování v řeči sleduje mé reakce, získává autentičtější chování. Velkým úspěchem pro ni bylo, když se rozplakala před svým manželem. Potěšilo ji a dojalo, s jak velkou něhou a pozorností se k ní manžel choval slzy byly totiž v rodině zakázané. Jsi silná, to zvládneš, nefňukej, nebreč, slýchávala v dětství a tak se postupně naučila pláč zadržovat. Na sezení dochází včas a nevynechává, nenaléhá, abych jí psala recepty, kdykoliv dostane strach, že by se jí ekzém mohl zhoršit. Objeví-li se jí však, snaží si uvědomovat své prožívání, v jakých situacích a souvislostech došlo ke zhoršení ekzému a podaří-li se jí dostat se ke svým emocím, uvědomit si je a prožít je, ekzém „jakoby zázrakem“ mizí.

### **Co mi pacientka ukázala?**

Při této práci jsem si uvědomila pacientovu disociaci jeho vnitřního prožívání a vnímání těla. Uvědomila jsem si, jaký chaos asi v sobě tento člověk má, jak se nevyzná sám v sobě, ve svých citech a pocitech a ani ve svém těle. Ujistila jsem se, jak důležitá je tato práce, kterou provází stálá trpělivost a pokora. Jít ve stopách onemocnění s pacientem, nechat se jím vést jeho životním příběhem. Učit ho jít po stezkách jeho vlastního těla a jeho vlastních pocitů a pomáhat mu poznávat jejich

pravdivost. Uvědomila jsem si, jak důležité je pomáhat člověku dávat jeho onemocnění do souvislostí se vším, co se s ním a v jeho vztazích děje a vést ho po stopách poznávání sebe sama.

„Pojem psychosomatika je dodnes mnohými pacienty, psychology a lékaři používán v zavádějícím a zároveň nepřesném smyslu. Často je chybně míněna medicína, která se stará o nemocné a jejich primární duševní trápení, kterému je připisována odpovědnost za sekundární tělesnou poruchu. Otázky prvenství slepice nebo vejce, příčiny a účinku, primární poruchy a sekundárního následku však nejsou u příliš mnoha „psychosomatóz“ objasněny a jsou často kladeny neprávem: U člověka nikdy ne onemocní primárně jen duše, duch nebo tělo, vždy ochoří celá „bio-psycho-sociální jednotka - člověk“, i když se přitom do popředí dostanou jednotlivé aspekty. Vycházíme skutečně z předpokladu, že při všech onemocněních – a je jedno, zda se jedná o pacienty chirurgické, nebo interní, o gynekologické, nebo o dermatologické, o pacienty oční nebo neurologické- je „psychosomatický“ postoj a přístup medicínského systému k diagnostice a terapii dotyčného onemocnění indikovaný a nutný. Ještě jednou zdůrazňujeme, že tím není kladena a zodpovězena otázka „psycho-“, nebo „somatogeneze“ nemoci, ale spíše jsme tím poplatní mnohovrstevné celistvosti člověka (života duše, tělo a duch, sociální vztahy) a z toho vyrůstající komplexnosti lidského onemocnění. Nejde tedy o to chápat psychosomatiku jako medicínské specifikum nebo obor vedle ostatních oborů a disciplín. Právě tato fragmentující specifikace vedla k tomu, že se psychologické a antropologické aspekty nemoci stále více ztrácely ze „somatických“ oborů a byly prohlašovány ze speciální problémy psychologie nebo psychosomatiky.

Toto přiřazení oddělilo ve druhé polovině devatenáctého a v první polovině dvacátého století bezduchou tělesnou medicínu (somatiku) od netělesné medicíny duše (psychologie, psychoterapie). Ale aby nebyla diagnostikována a léčena pouze duše bez těla nebo tělo bez duše, nýbrž celý člověk, je zapotřebí lékařské vědy zabývající se celou osobou, která pacienta a jeho nemoc vnímá a respektuje v jejich

skutečné komplexnosti.“ (Citováno z knihy Psychosomatika-Celostní pohled na zdraví těla a duše Gerharda Danzera).

### **Poznámka editora na závěr**

*MUDr. Petra Petrovská pracuje jako dermatoložka a kromě akupunktury (dnes již celkem běžné, jak ukázal výzkum PhDr. Křížové zmiňovaný v minulém čísle Psych@somu) disponuje možností pracovat jako vyškolená (a velmi zdatná) psychoterapeutka. Taková kombinace je v našich ordinacích stále velkou vzácností. Můžeme dokola skloňovat „komplexní pohled“ a „bio-psycho-sociální jednotku“, ale to nic neříká o tom, jak to udělat, aby se organizmus začal chovat jinak, než to dělal doposud, aniž bychom ho k tomu nutili silou kortikoidů nebo ještě sofistikovanějšími látkami. Díky tomu, že nás Petra Petrovská nechává nablédnout takřkajíc pod pokličku do své kuchyně, zvyšuje naši jistotu, že je možné přivést pacienta k tomu, aby si více uvědomoval své emoce a spojoval si je se svými symptomy a hlavně: že je možná skutečná úzdrava bez celoživotní konzumace medikamentů. Přidává tak kamínek do mozaiky „na zkušenosti založené medicíny“, rozvíjející medicínu jako umění, která bude muset stále více vyvažovat zjevné nevýhody „na důkazech založené medicíny“, která rozvíjí toliko medicínu jako úřednickou činnost.*

*Mimochodem tento případ ilustruje vývojové krize, které se projevují zhoršením symptomů, po narození (když je dítě odděleno od matky pro její selhání pod obrazem laktální psychózy), podruhé ve 12 letech a potřetí v 18 letech. Zvědaví čtenáři se o tom více dozví v knize Rodina jako sociální děloha, autorů L. Trapkové a V. Chvály, kterou připravilo k vydání nakladatelství Portál.*

## **NAŠE ANKETA: JAK (NE)MLUVÍTE S PACIENTY O SEXU?**

*V uvedené kasuistice se zmiňuje autorka mimo jiné také o tom, co říkala pacientka o svém prožívání sexu. Obáváme se, že tato nejintimnější oblast prožívání zůstává v praxi velmi často opomenuta, protože se prostě neumíme zeptat tak, aby se mohl pacient rozpovídat. A to může tehdy, kdy se cítí bezpečně. Proč bychom se měli umět ptát? Tvorba symptomů souvisí často s neřešitelnými emočními konflikty, jejichž nejbohatším zdrojem jsou nejbližší vztahy. Stav sexuality poukazuje na stav partnerství našeho pacienta. V prvním běhu čtyřletého výcviku rodinné terapie psychosomatických poruch jsme téměř až na samém konci zjistili, že ani otrlí praktici, vyklí na všechno možné, nevědí, jak se na prožívání intimity vlastně zeptat. Od té doby víme, že je třeba se v takových zdánlivých samozřejmostech cvičit. V několika následujících číslech chceme uvést některé práce na toto téma a vyblašujeme anketu na téma: **Jak (ne)mluvíte s pacienty o sexu?***



## MUDR. JAN ŘEHÁK: JAK (NE)MLUVÍM S PACIENTY O SEXU?

Po pravdě řečeno, tyto hovory v mé praxi nepatří mezi každodenní rutinu. I když mám s mnoha pacienty navázán dobrý terapeutický vztah (soudě dle toho, co všechno mi ze svého života vyprávějí), téma sexu je stále lehce tabuizováno. Nevím, zda je to způsobeno obavami ze strany pacienta (je doktor ten pravý, co i toto může poslouchat a může mi pomoci?), nebo spíše tím, že se neptám přímo ani v situacích, které by si to zaslouhovaly (z pohledu nezasvěceného). Není to však z rozpaků, neboť téma jako takové pro mě obtížné nikterak není. Zřejmě bude asi celkově špatně nastavená optika při pokládání otázek na možnou souvislost vzniku pacientových nesexuálních obtíží. Možná by neškodilo trocha klasického psychoanalytického vhledu. Je ale zajímavé, že prakticky ihned potom, co jsem se dozvěděl téma této seminární práce, pacienti se sexuální problematikou se najednou jaksi „zjevili“ a vcelku spontánně o svých potížích hovořili. Než zmíním 2 případy, krátce jen trocha obecných úvah o spektru pacientů se sexuální problematikou.

První poměrně velkou skupinu tvoří pacienti s tzv. „erektilní dysfunkcí“, jinými slovy muži, kteří mají pochybnosti o dostatečné kvalitě erekce svého penisu. Jistě i zásluhou mnoha populárních sexuologů, některých farmaceutických firem, které definovaly sexuální dyskomfort jako snadno řešitelný problém (což je z hlediska dravého marketingu pochopitelné i když prázdné gesto), i díky „odvážných plakátů“ v ordinacích lékařů, se osmělila i ta část pacientů, kteří vlastně původně ani netušili, že mít méně kvalitní erekci představuje nějaký problém. Zajímavé je jistě jim v této souvislosti, před vlastním předpisem populární modré pilulky, položit otázku, kdo že si to vlastně špatné erekce všiml a jak do té doby (před užitím tablety) vypadal jejich normální pohlavní styk. Většinou jim lék nikterak nevymlouvám, jen jsem vždy zvědav na referenci o báječných účincích. Zakázka u těchto pacientů je vždy jasně definovaná předem, takže problém vzniká pouze tehdy, není-li erekce dosažená pilulkou ještě stále dostačující nebo v případě, že se jedná o pacienta kardiaka se špatnou funkcí levé komory srdeční či užívajícího lék ze skupiny nitrátů (symptomatické léky proti bolestem na hrudi).

Druhou skupinu pak tvoří ti pacienti, u nichž je selhávající sexualita buď přímo, nebo alespoň částečně vnímána jako známka insuficience partnerského vztahu. Zakázkou (vedoucím symptomem) u nich zpravidla není „špatný sex“, ale široká plejáda psychosomatických potíží v nejrůznějším kontextu. Téma sexuality se vynořuje (obnažuje) jaksi bokem a jen tehdy, podaří li se mi navázat těsnější terapeutický vztah. Pacient pak o své sexualitě hovoří víceméně spontánně. Logicky poměrně často u nich bývá stupeň sexuální nespokojenosti v přímé úměře s hodnocením vztahu jako takového.

Do třetí skupiny pacientů bych pak zařadil ty, kteří přicházejí se symptomy sexualitě velmi blízkými, zejména tím myslím pacienty s močopohlavními infekcemi. Jejich potíže jsou intimní samy o sobě, otázka na sexualitu se pak mnohdy jeví jako píchnutí do vosího hnízda. Mluvit otevřeně o vlastní sexualitě jsou připraveni spíše ti, jejichž obtíže mají chronický a recidivující charakter.

Z tohoto posledního soudku je moje první kasuistika. První setkání s oním mužem (nazvěme ho panem P.) se odehrálo těsně před koncem ordinační doby jednoho náročnějšího pracovního dne. P. mi s jistým ostychem, ale vcelku přesvědčeně hlásí: „Pane doktore, potřeboval bych, abyste mě poslal na kožní!“

– „A proč zrovna na kožní?“ (tážu se nechápavě).

– „No, víte, mám takové svědění tam, na přirození...“

– „A dovolíte mi, abych Vás nejprve vyšetřil sám?“ Po zběžném vyšetření intimních partií, kdy vylučuji závažnou pohlavní infekci (syfilis a kapavku) se nadechují k další otázce, ale P. mi raději skáče do řeči a na vysvětlenou dodává:

– „Víte, ona na to manželka dostala nějaké tabletky a mastičku a teď už je v pořádku.“

– „Aha, takže vy jste oba měli podobné obtíže?“

– „Ano, no ale já myslím pane doktore, že by stačila ta mastička, aby to tak nesvědilo.“

– „A nevadilo by Vám, kdybych tu mastičku místo kožaře předepsal sám? Mám pocit, že znovu již o svých problémech s nikým hovořit nechcete!“

-„Hmm“.

-„Na jednu věc bych se Vás ale přeci jen rád zeptal: Jaký je nyní váš společný sexuální život?“

-„No, my teďka spolu trochu válčíme a vypadá to na rozvod. Moc Vám děkuju za recept pane doktore...“

Po jeho odchodu mě napadá, že měl P. asi mimomanželský styk a teď ho celá věc možná velmi mrzí(svrbí), možné je i to, že se obává nákazy při nechráněném styku. Zajímavé je, že v anamnéze pana P. je v minulosti svědění kůže přítomno i v jiné lokalizaci a tíha symptomu se mi i v předchozích setkáních zdála vždy velká (nejraději by se svlékl z kůže). Po lékařské stránce uzavírám diagnosticky případ jako uretritidu (zánět močové trubice) a pro nejasnou etiologii (nemohu vyloučit infekční agens) předepisuji P. i ATB a neškodnou indiferentní mast. *(Tady by se správně měli ozvat venerologové, že je to bez řádné kultivace chyba, dávat antibiotika, alespoň dříve bývala... pozn. editor)* Asi za týden P. znovu přichází s neméně naléhavou prosbou: „Pane doktore, nemohl by jste mi ještě jednou napsat ty tabletky? Předtím mi pomohly, ale to svědění se vrátilo. A nějak mě to tam tlačí.“ V objektivním nálezu opět nic nenalézám, úzkost pacienta mě tentokrát však připadá menší a i P. je o trochu sdílnější. Trvám na podrobnějším vyšetření a domlouvám s ním další kontrolu na příští den(chemické vyšetření moči). Též doufám, že na P. budu mít více času. Následující den mi P. říká: „Pane doktore, já si opravdu myslím, že by stačily ty tabletky.“ -„Souhlasím, ale ještě Vám musím vyšetřit prostatu, protože její případný zánět je potřeba léčit delší dobu!“ Po vyšetření vyzvídám: „Vaše žena o Vašich potížích ví?“

-„Ano, bavili jsme se o tom.“

-„A ona už ty potíže asi nemá, že?“

-„No víte, teď už je to mezi námi lepší, ale velmi dlouho jsme spolu nemluvili a bylo to hodně špatné.“

-„A vy jste měl zřejmě pohlavní styk s jinou ženou..“

-„Ano měl“ (přiznání s úlevou?).

-„Víte, já jsem si to myslel, ale nemusíte se přece z toho vůbec obviňovat a omlouvat se za to. Říkal jste přece, že Váš manželský vztah procházel dlouhou krizí. Jen se ze svého titulu musím zeptat, zda je ta dotyčná žena bez potíží, pokud jste s ní o tom hovořil.

-„Ano, je bez potíží. No pane doktore, abyste si nemyslel, my jsme to s ženou zase dali spolu dohromady, už je to snad dobrý. Ale stejně, je to takovej trapas, že jo?“

-„No znám horší trapasy, tohle se přece může stát každému mužskému, ne?“

Poslední kontrola s panem P. je za pět dnů (po dobrání ATB). „Je to lepší, vlastně už žádné obtíže nemám, s ženou spolu zase normálně mluvíme“.

-„A ta druhá žena je zdravá?“

-„Je, to víte, ženský maj na to svého doktora a za pár dní jsou bez potíží.....“

Po jeho odchodu přemýšlím, zda jsem získal dostatečně jeho důvěru. A taky si říkám, že to přeci jenom mohl být ten zánět prostaty (recidivují a někdy muže doživotně stigmatizují). Posílám panu P. krátkou SMS s vysvětlením, že jsem mu pro jistotu předepsal ještě jednu dávku antibiotika a recept si může druhý den u sestry vyzvednout. Uvidím, zda je ještě se stejným problémem za mnou vrátí.

#### Případ druhý:

Pan Vlastimil (V.) má chronické močové obtíže, opakují se mu záněty močového měchýře a mívá též bolestivé ledvinné koliky, pro které mu relativně často vystavují pracovní neschopnost. Zažívám s ním pocity terapeutického nihilismu, pacient sám sebe dokonce označuje za obtěžujícího, tuším, že za jeho objektivně průkaznými kolikami s odchodem močového sedimentu musí být něco „psychicky-kauzálního“, ale co? Pan V. mluví stále jen o svých tělesných obtížích, až...

Čtu nahlas jeho poslední ambulantní urologickou zprávu, kde v samém závěru stojí: počínající benigní hyperplazie prostaty (nezhoubné zbytnění prostaty způsobující močové obtíže), navrhovaný termín operace dne...Pan V. se mě táže: „Pane doktore, myslíte si, že by ta operace mohla mít vliv na sex?“

-„Bojíte se ovlivnění erekce?“

-„Víte, já mám o 11 let mladší manželku, už druhou, a ona je taková..“

-„Náročná?“

-„Spíše taková necitlivá, no nemá cit. Já mám kolikrát pocit, že se k tomu chová jako ke kusu dřeva!“

-„Způsobuje Vám bolest?“

-„Bolest ne, ale je to taková zvláštní ženská, nedá se s ní o tom moc mluvit. Už jednou se hrozně divila, když u mě našla takové to povídání o erekci a poruchách (Ty máš taky tyhle problémy!?).

-„A z čeho máte strach?“

-„Mám strach z toho, že si za nějaký čas najde někoho jiného. Víte, ona to chce mít rychle za sebou, a já třeba ještě nejsem dobře připravený, nebo zase naopak.

-„A hovoříte s ní o tom?“

-„Já s ní o tom moc nemohu mluvit, ona by to nepochopila. Daleko více si rozumím se svou dcerou, s tou z prvního manželství. S ní si můžu povídat o všem, ona mi i poradí, jak na ni (na ženu). Já jsem začal číst i Neireport, ne snad kvůli těm fotkám ženských, ale abych se něco více dozvěděl. Taky jsem si chtěl pořídit i ten kroužek na penis, ale nevím, zda-li by jí to nevadilo... Víte, mám strach, aby se to s ní nepokazilo. Už před tím stykem se obávám.

V. asi více chtěl, abych ho vyslechl, nepotřeboval radu, mluvil spontánně a bez obalu, na závěr návštěvy mě jen požádal o recept pro posílení potence. Ten jsem mu vystavil, i když jsem vyslovil názor, že si myslím, že je to spíše věcí narušené manželské komunikace než nedostatečné erekce (spíše vztahová než erektilní dysfunkce), a že u něj nepředpokládám závažný organický nález.

Po čtrnácti dnech se pana V. ptám na kvalitu styku s pilulkou:

-„No víte, já ten prášek ještě nezkoušel. Myslím si, že to u mě nebude problém potence, víte, mně se postaví, ale já taky potřebuju cítit, že i ten druhý má o to zájem. Moje žena se mnou o tom ale nechce mluvit. Mám dojem, že je jí to jedno, jen to chce mít rychle za sebou. Naposledy to bylo už před třemi týdny, teď má asi menstruaci, protože chodí v kalhotkách, ale já se jí na to neptám...“

-„Nechcete si pane V. o Vaší vzájemné komunikaci se mnou promluvit, třeba na něco spolu přijdeme?“(navrhuji odpolední termín setkání).

-„Já s ní ještě jednou doma zkusím rozumně promluvit a příští týden se Vám pane doktore ozvu..“

Můj pocit? Jednoznačně úleva. Vlastně jsme spolu chtěli takto otevřeně mluvit už dávno, protože schovávání se za močovou symptomatologii, jejíž léčba se navíc moc nedařila, bylo pro nás oba frustrující.

Nevím, zda-li není problém ještě na hlubší úrovni než se zdá (zřejmě ano), a ani si v tento moment netroufám odhadovat další vývoj nemoci (a potažmo návrat urologických obtíží), jen mám dobrý pocit z toho, že naše příští komunikace (konstrukce?) se bude odehrávat na jiné než strukturální úrovni (teorie o podstatě tvorby močových kamenů a následných kolik, apod..).

Na závěr mě napadá, že pokud už s pacienty o sexu hovořím, tak jen výhradně muži. Proč? Asi to bude tím, že ženy na to opravdu mají toho svého lékaře. Nebo se mýlím? Ale o tom snad někdy příště....

Jan Řehák, praktický lékař, 29.10.03

## HISTORIE OBORU

### **Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model**

*V minulém čísle jsme si dovolili publikovat úvod pana profesora Uexkülla k novému vydání slavné monografie Psychosomatische Medizin. Protože nás posun v jeho myšlení směrem k systemické teorii zaujal, byli jsme zvědaví, zda se to projeví také v úvodní kapitole o integrované medicíně, kterou napsali společně s Wolfgangem Wesiackem. Doufejme, že nám i tentokrát publikování této ukázkové knihy, určenou zde výhradně pro úzký okruh zájemců o psychosomatickou problematiku v medicíně, odpustí. Překlada se znovu laskavě ujal pan Lubor Špís.*

## 1. Výukový model pro praxi v medicíně

### 1.1 "Předmět medicíny"

Lékařská díla obvykle vypouštějí teoretický úvod. Přecházejí rovnou k věci. Učebnice, které se zabírají infekčními nemocemi, úrazovou chirurgií či otravami, nepotřebují žádný teoretický úvod, na kterém by stavěly. Tak může vznikat dojem, že problematika **teorie v medicíně** buď vůbec neexistuje, nebo nemá s věcmi, které zprostředkovávají lékařské učebnice, nic společného.

Ve skutečnosti ale mohou lékaři a studenti medicíny těmto učebnicím rozumět bez teoretického úvodu pouze proto, že v prvních semestrech svého studia získali základy, které se zde předpokládají. V okamžiku, kdy se student lékařství poprvé setká s nemocným člověkem, ví již, co je "předmětem medicíny". Během svého studia se v rámci kurzů fyziky, chemie, anatomie, biochemie a fyziologie seznámil s modely, na základě kterých si umí představit strukturu lidského těla a komplikované mechanismy, které v něm fungují. Pokud zde ještě existují teoretické problémy, pak patří k úlohám tak zvaných pomocných vědeckých disciplín, které pracují na objasňování stále jemnějších biologických mechanismů.

Tímto způsobem se lékaři - již jako studenti medicíny - učí přenášet na lidské tělo model, který vyvinula fyzika za účelem řešení technických problémů a který ve druhé polovině 19. století nastoupil své vítězné tažení světem: **model stroje**.

Lékaři jsou tímto modelem fascinováni díky jeho schopnosti poskytovat prostorové schéma uspořádání, ze kterého je možné odvozovat pokyny pro manuální zásahy do lidského těla. Tak se stalo tělo - vykládané podle modelu stroje - "předmětem medicíny".

*Von Ferber* (1971), *Otte* (1986) a *Sarasin* (2001) poukázali na vnitřní souvislost tohoto modelu se vznikem průmyslové kultury.

Tento aspekt nám umožňuje lépe pochopit, jak došlo k tomu, že zásada prostorové orientace pro manuální zásahy byla důsledně uplatňována ve vysoce komplexní struktuře teorie moderní medicíny. Rostoucí zjemňování možností pro přímé zásahy prováděné technickými zařízeními i pro nepřímé zásahy pomocí farmak si vynutilo postupující diferenciaci tělesného modelu, který pak opačně urychloval rozvoj techniky potřebné pro zásahy.

Nemoc je podle tohoto modelu prostorově lokalizovatelná porucha, která má sice velmi komplexní, ale na základě technického vzoru přesto přehlednou strukturu. Z tohoto všeobecného modelu lze odvodit diagnózy konkrétních nemocí jako speciální pravidla pro postup v případě zkratů, poruch potrubí, obtíží s přepravou či obdobných technických otázek. Stejně jako může technik na základě schématu lokalizovat a provést opravu provozní poruchy automobilu, televizoru či počítače, tak může i lékař odstranit nemoc cílenými technickými zásahy chirurgického nebo medikamentózního charakteru, která byla lokalizována jako **provozní porucha v lidském těle** - v podobě vady chlopní v srdci, vředu v žaludku či poruchy enzymu ve tkáni nebo transportním systému.

Takto se stále více a více zapomínalo na prostou skutečnost, že "předmět medicíny" je vždy společnou záležitostí nemocného a lékaře. Obdobným způsobem upadaly v zapomnění také poznatky o souvislostech mezi životními situacemi lidských individuí - zvláště pak jejich sociálním postavením - a vznikem specifických nemocí, které působily ještě hluboko do 19. století a které se opíraly zčásti o předvědecké, zčásti o sociálně epidemiologické podklady (*Siegrist 1975, Sarasin 2001*). Možnost lokalizace příčin nemoci v těle vyvolala dojem, že je nadbytečné pátrat po psychických a sociálních příčinách.



Tak vznikla představa, že psychické či sociálně vyvolané poruchy nejsou "skutečné" nemoci, a nemohou ani ke "skutečným" nemocem vést. Poruchy na psychickém či sociálním základě představují vedle "skutečných" nemocí, které se vyučují v rámci vnitřní medicíny, chirurgie a dalších somatických oborů, v nejlepším případě zvláštní skupinu obtíží, jejichž léčba přísluší opět nějaké nové speciální disciplíně.

Jakmile jsou studenti a lékaři konfrontováni s pacienty, poznávají, jak moc se tato představa rozchází se skutečností. Zjišťují totiž, že žaludeční obtíže, srdeční symptomy a jiné somatické jevy mají psychické a sociální determinanty a že duševní poruchy jako delirium či výkyvy nálady - včetně jejich sociálních dopadů - mohou být na straně druhé podmíněny somaticky. Dále zjišťují, že lékař stojí neustále před otázkou, zda a do jaké míry jsou symptomy nemocného či průběh nemoci podmíněny fyzickými, psychickými či sociálními determinanty nebo kombinací všech těchto faktorů, a že lékař musí opět a znovu rozhodovat, zda a jaká biochemická, fyzikální či psychologická metoda musí být použita pro diagnostikování a terapii.

### **Příběh pacientky**

Exemplární případ nemoci:

Do ordinace vstupuje žena ve věku 52 let a sděluje lékaři, že během posledních tří týdnů v noci dvakrát trpěla záchvaty akutního nedostatku dechu. Nemohla se nadechnout a myslela si, že umře. Na žádost lékaře, aby vylíčila okolnosti, za nichž k záchvatům došlo, odpověděla s hlubokým povzdechem, že žije ve špatném manželství s cizincem, který ji zanedbává a zůstává často celé noci mimo domov. Záchvaty nedostatku dechu, které vnímá tak znepokojivě, se objevily když jí její nejstarší - osmnáctiletý - syn oznámil, že se chystá od

rodiny odejít. Poté co domluvila - a mluvila v pravdě vyčítavém tónu -, se rozplakala.

Během vyprávění pacientky se mění naladění lékaře. Při příchodu spatřil malou, adipózní a dušnou ženu - jak se později ukázalo, vážila při výšce 161 cm 108 kg - s lehce zamodralými rty, která na něho udělala nejprve "ušmudlaný" a nesympatický dojem, ačkoli nebyla, jak si později všiml, v žádném ohledu neupravená. Toto odmítavé naladění lékaře, které vyvolal první dojem, se proměnilo během vyprávění pacientky v příznivý zájem a ochotu pomoci.

Další vyšetření pacientky ukázalo příznaky srdeční nedostatečnosti s levou hypertrofií srdce vyvolané adipozitou a lehkou hypertenzí, a dále pak lehce zvýšené hodnoty tuku v krvi.

Tento "banální všední případ z ordinace", který je právě díky své zdánlivé banalitě exemplární, obsahuje tři příběhy:

- **"Příběh nemoci"**. Tento příběh pojednává o provozní poruše v těle pacientky: Adipozita a lehká hypertenze vedly k přetížení srdce s levou hypertrofií a ke zvýšení obsahu tuků v krvi. Protože ale chybí příznaky plicního městnání, není pravděpodobné, že by se noční záchvaty dyspnoe spojené se smrtelným strachem nechaly vysvětlit tímto způsobem;
- **"Příběh pacientky"**. Vypráví o zahořklé ženě ve věku 52 let, která byla již jako dítě odmítána a svoji útěchu musela hledat v jídle, o jejím nešťastném manželství a o jejím osmnáctiletém synovi, který chce rodinu opustit, jako o posledním příkoří.
- **Příběh vztahu lékaře a pacientky"**. V něm se dovídáme o odmítavém postoji lékaře k "nesympatické, malé, tlusté, ušmudlané ženě", jež přednáší své nářky ve vyčítavém tónu.

Klasická medicína po lékaři požaduje, aby vyloučil své osobní pocity a choval se vůči svým pacientům jako neutrální pozorovatel. Místo toho zde vidíme, že lékař své osobní pocity registruje a zjišťuje, že se proměňují v příznivý zájem, soucit a ochotu pomoci v okamžiku, kdy chápe, že jeho odmítavý postoj byl výrazem "protipřenosu", tedy jeho nevědomé reakce na chování pacientky, které ji nutilo, přenášet své negativní zkušenosti s druhými lidmi také na něho.

Tím se stala z pacientky jiná osoba: Z "nesympatické a ušmudlané bytosti" se stala "zcela upravená", nešťastná žena, která musela během svého života snášet pouze příkoří a zklamání. Lékař si začal klást otázku po souvislostech mezi sociálním odmítáním, psychickým zraňováním a tělesným onemocněním.

Druhý a třetí příběh přinesly změnu "předmětu medicíny": Biomechanický proces a věcná data určité anamnézy se proměnily v příběh nešťastného lidského života, který na lékaře "zapůsobil". Nyní se snažil chápat její nemoc jako důsledek společného působení biologických, psychických a sociálních procesů.

Z medicíny, která byla orientována dvoupólově - na nemocného a nemoc, se stala medicína, která zahrnuje trojici: nemoc, nemocného a lékaře - stejně jako je to definováno hippokratovské přísaze (cca. 410 před Kristem).

## **1.2 O užitku a nevýhodách biomechanického konceptu**

Zde vyvstává otázka, jak dnes musí vypadat medicína, jejíž předmět nezahrnuje pouze nemoc a nemocného, nýbrž také jeho vztah k lékaři, a která se tedy může ptát na souvislosti, které se týkají tak rozdílných

disciplín, jako jsou biologie, psychologie a sociologie. Tato otázka nás konfrontuje s problémy vytváření konceptů či modelů v medicíně.

Podívejme se nejprve na koncept biomechanické medicíny, a to pod zorným úhlem otázky, jak mohla být a stále ještě je tak úspěšná, ačkoli problémy zjednodušuje výše popsaným způsobem. Nebudeme vůbec přehánět, když řekneme, že medicína na základě tohoto konceptu dosáhla za necelých 150 let mnohem více než během dvou tisíciletí, která předcházela.

Pro lékaře je vysvětlovací model stroje přitažlivý nejenom proto, že skýtá jasné instrukce pro výklad a úkony, nýbrž také proto, že jim skýtá výhodu být stále moderní. Dokud totiž bude technologický vývoj přinášet stále komplikovanější a výkonnější stroje, bude moci medicína dále zjemňovat svůj obraz "strojového člověka", aniž by se musela vzdát principu mechanické vysvětlitelnosti životních principů. Totéž platí také pro kybernetické stroje. Pokud si vyjasníme, že požadovanou hodnotu, která je - coby samostatně řízené automaty - odlišuje od tradičních strojů, zadává konstruktér či uživatel, bude nám zřejmé, že máme dále co dočinění s vysvětlovacím modelem, ve kterém vykládáme fungování určitého systému jako výsledek jeho struktury, kterou technicky vytváříme. Narušená struktura, kterou najde patolog v orgánech zemřelých, pak platí coby příčina nemoci a vysvětlení příčiny smrti pacienta. Důvěru vkládanou do této teorie nenarušuje ani situace, kdy patolog nenalezne při pitvě zemřelého žádné změny ve struktuře orgánů, které by osvětlovaly jeho smrt.

Na poli chirurgie zvítězil **model těla coby stroje** teprve poté, co se anesteziologii podařilo vyloučit prožívání pomocí narkózy. Výklad těla jako stroje umožňoval nyní lékaři manuální zásahy za účelem oprav poruch stroje nejenom plánovat, nýbrž také prakticky provádět.

Závažný nedostatek tohoto modelu vyplývá ze skutečnosti, že stroje necítí, ani nic neprožívají. Strojový model nejenom neumožňuje vysvětlovat psychické a sociální vlivy na lidský organismus, nýbrž také popírá jejich existenci. Pro tento model je "psýché" pouze slovem, jež představuje strašidlo uvnitř stroje. Na tomto faktu nic nezměnila ani Freudova definice duše jako "psychického aparátu". Dokud medicína nepochopí, že nová definice "duše" vyžaduje také novou definici těla, budou se veškeré poznatky o psychických procesech odrážet od pomyslné zdi, kterou představuje tělo vykládané jako stroj (*Th. von Uexküll*). Po tuto dobu nebude moci být subjektivní prožívání - ať už se jedná o reakce na rány osudu, strach a úzkost nebo pocity osamělosti nemocných lidí - chápáno jako "lékařsky relevantní".

Cena, kterou musí naše společnost platit za toto zjednodušení životních fenoménů na paradigma stroje, je ono absurdní **rozštěpení dnešního zdravotnictví na somatickou a psychologickou medicínu**. Somatická medicína pak léčí ve vysoce specializovaných a nákladných speciálních klinikách nemocná těla bez duše, psychologická medicína naproti tomu pečuje prostřednictvím psychoterapeutů a nervových klinik o trpící duše bez těla. Protože se však téměř nevyskytují pacienti, u nichž by nebyla organická nemoc provázána psychickými reakcemi, nebo naopak psychické strádání nebylo doprovázeno somatickými projevy, je v tomto systému zdravotnictví většina pacientů nedostatečně, ne-li špatně ošetřena.

V rámci diskusí o tomto neuspokojivém stavu se často přehlíží skutečnost, že si medicína vytváří svůj psycho-fyzický problém sama, a sice od té doby, co redukuje symptomy nemocných lidí na modely nálezů, které mohou zjistit patologové při pitvě zemřelých. Známý výrok *Rudolfa Virchowa*: "Pitval jsem už mnoho zemřelých, ale nikdy jsem přitom nenarazil na žádnou duši", krásně ilustruje past, kterou na

sebe naše medicína sama nastražila a do které se posléze také chytla: Mrtvoly nemají psychické, ani sociální problémy.

### 1.3 Úlohy a perspektivy

Vraťme se k našemu příběhu. Není možné vztahovat soubor symptomů této pacientky výlučně k somatickému, psychologickému či sociálnímu vysvětlovacímu modelu. Všechny tři mají příliš krátký záběr a nelze je ale také ani sčítat. Abychom mohli praktikovat medicínu, která dostojí biologickým, psychickým a sociálním problémům pacientky, musíme nalézt přístup nový.

Zaměříme-li se na motivační historii pojmů "tělo" a "duše" v moderním lékařství, tak zjistíme, že po vítězství strojového modelu pro tělo v 19. století se objevuje **model "psychického aparátu"** pro duši. *Freudova* metoda, která spočívala v použití psychických prostředků, to znamená, že s nemocnými byly vedeny rozhovory, místo aby byli "ošetřováni" přímými či nepřímými "manuálními zásahy", řešila do té doby nepochopené problémy týkající se péče o nemocné, jejichž potíže neměly žádné prokazatelné tělesné příčiny. *Freud* vytvořil paradigma pro psychiatrii a klinickou psychologii, nikoli však pro psychosomatickou medicínu. Dobře ale chápal, že vztahy mezi somatickými a psychickými projevy nelze chápat ani jako kauzální vazby, ani jako paralelismy. Ve svém návrhu zavést pro tyto vztahy pojem "reprezentace" již vystihl vazbu, ve které stojí "něco za něco jiného". Této myšlence se ale dále nevěnoval.

Psychosomatické medicíně by měl být nápomocen; na tuto skutečnost poukázal již *Balint* (1957): Nemocní prožívali péči lékaře vždy jako určitý druh psychofarmak, tedy jako "placebo" či "lékař-drogu". Na tomto pozadí bylo v poslední době možné vysvětlovat průběhy léčby a léčebné úspěchy, které korigovaly základní premisy

biomechanické medicíny a které jsou v této knize podrobně představeny a rozebrány.

V našem snažení o nedualistický model však tyto výklady už užitečné nejsou; neboť stejně jako strojový model znemožňuje působení duševních "příčin" na tělo, tak i model psychického aparátu zabraňuje vlivu fyzických příčin na duši. Z tohoto důvodu zůstal fenomén placebo v medicíně nepochopeným cizím prvkem a psychicko-fyzický problém i přes *Freudovo* paradigma nevyřešen. Právě naopak, s tímto fenoménem započalo období dualistické medicíny, ve které se lékaři orientovaní na tělo nezaobírali psychickými procesy a lékaři specializovaní na duši nevěnovali pozornost tělesným obtížím svých pacientů.

Ale tím se stal celý příběh napínavějším; neboť díky Freudovu modelu vzniku duševních nemocí získala medicína novou dimenzi: Otázka, jak se vůči sobě navzájem chovají psýché a soma, se ukázala v konkrétnější podobě. Zdánlivě samozřejmé, jednoznačné a nepopiratelné definice těla a tělesných příčin se zproblematizovaly. Musíme nově promyslet naše definice těla a kriticky přezkoumat vědu, která sebe sama označuje jako "biologii", ale stala se téměř zcela podřízenou disciplinou fyziky a chemie. **Medicína, která chce překonat psychicko-fyzický dualismus**, musí vycházet z biologie, jež překonala fyzikální pojem těla coby strojového modelu. Teprve poté se otevře výhled pro rozvinutí uceleného modelu, ve kterém bude možné vzájemně propojit somatické a psychické koncepty (*Ulrich* 1997).

*Pokračování příště*

## SOUČASNÉ TRENDY

### **Jan Poněšický: Seriál- zásady psychotherapeutického přístupu u psychosomatických pacientů: Díl třetí: Iniciální scénické chování psychosomatických pacientů**

*MUDr. Jan Poněšický exklusivně pro PSYCH@SOM*

Zatím jsme se zabývali obecnými zásadami a úskalími v navazování vztahu s psychosomatickými pacienty. Tím je připraven terén ke konkrétním krokům, které začínají úvodním rozhovorem či přijetím do psychotherapeutického stacionáře. Kromě již zmíněné snahy po porozumění, t.j. obsahové stránky, je navýsost důležité si všimnout pacientova chování, jeho tendence určitým způsobem celou situaci strukturovat, režírovat. Proč je to ještě důležitější u psychosomatických pacientů? Jde jim přece o to, aby nevyšel najevo jejich emoční deficit - na jehož místě reaguje pacient tělesně, příznakem. Tím se chce vyhnout i zintenzivnění psychosomatických symptomů. Ve většině případů bude udržovat citovou distanci, neboť právě blízkost je v mnoha ohledech bohatá na emoce.

A tak i během rozhovoru, zvláště snažíme-li se k pacientovi přiblížit, a ptáme-li se ho na osobní problémy, komunikace vážne, pacient se stává nejistým a neklidným, jindy odmítá jakoukoli problémovost připustit, možný je i protiútok. Tak jedna odchovankyně dětských domovů hospitalizovaná na psychotherapeutické klinice chodila každý druhý den za tamní lékařkou vždy s novými tělesnými obtížemi. Když jí tato, na základě svých mateřských pocitů, jež k této mladé pacientce chovala, sdělila, že k ní může přijít na popovídání i jen tak, bez odůvodnění tělesnými příznaky, hrubě se na ní tato dvaadvacetiletá dívka obořila, trvající na svých obtížích. Jiná pacientka, trpící migrénou a nespavostí napadla hned v průběhu prvního rozhovoru po přijetí na psychosomatickou kliniku přijímacího lékaře, jenž jí nabídl obvyklou minimální 6 týdenní léčbu. Pojišťovna totiž schválila pacientce pouze 3 týdny, s obvyklým dodatkem, že je prodloužení možné, bude-li indikované z terapeutického hlediska. Tvrdila, že se nenechá jen tak zavřít, nikdo jí nesmí k ničemu nutit. Žádné domluvy nepomohly, naopak si šla hned druhý den stěžovat opět s oním bojovným postojem k primáři. I ten jí nabízel rozhovor, ve kterém by oba zvažovali, zda je delší léčba vhodná, zda problematika skrývající se za jejími symptomy je závažná a její zpracování časově náročné. Tuto nabídku pacientka opětovně odmítala a trvala tentokrát zároveň na tom, že se zde



nenechá zavřít, není přece na psychiatrii, a zároveň žádala, aby to primář sám rozhodnul. Tento rozpor vedl kolegu k tomu, že jí představil na Balintovské skupině. A zde se ukázalo, že se nejednalo v první řadě o problematiku přinucení k léčbě, nýbrž o úzkost z očekávání, že by 6 týdenní léčba mohla jít do hloubky a tím by vyšlo najevo, že její psychosomatické potíže zakrývají nějaký nedostatek, za který by se mohla stydět či se cítit méněcenná. Dokonce by jí bylo milejší se mechanicky podříditi rozhodnutí primáře, tím si odůvodnit povrchní přizpůsobení se všem procedurám, jen aby jí ostatní nechali v klidu. To je typické, že právě tito pacienti prohlašují, že budou pro vyléčení dělat vše a svědomitě plnit, co jim terapeut naordinuje. Snaží se tak již předem vyhnout se znejišťujícím rozhovorům, převzetí spoluodpovědnosti za své příznaky i jejich léčení. A k čemu Balintovská skupina došla? Právě k tomu, že je třeba napřed zprostředkovat pacientovi pocit jistoty a podpory ve vztahu, uznání reálnosti psychosomatických příznaků a s nimi spojeného strádání. Teprve pak je schopen unést pocit nedostačivosti. Terapeut uvítal návrh svých kolegů např. říci pacientce, že cítí a cení si její potřebu po volnosti a nezávislosti. Teprve na to by mohl navázat domněnkou, že má k tomu jistě pádné důvody, o nichž by bylo dobré si pohovořit, až k němu získá důvěru.

Překvapivou reakci z prvního setkání během úvodní informativní skupiny jsem zažil u jedné pacientky trpící syndromem vyhoření - burn out - s psychosomatickými obtížemi. Tato žena středních let velice živě líčila jak se léta angažovala ve svém zaměstnání a jak je nyní prázdná. Vyzařovala tolik energie a životnosti, že jsem jí na to řekl, chtěje jí povzbudit, že určitě vyhořelá není, spíše něco potlačuje či něčím trpí, nevěda co to je. Má tak pocit blokády v prožívání, již vnímá jako prázdnotu, a na tom je možno pracovat. Pacientka na to nic neřekla, avšak za pár dní si na mě písemně stěžovala u vedení kliniky, neboť jsem si dovolil při prvním setkání s ní zpochybnit její diagnosu. Neurotik by se spíše potěšil, že se jím někdo zabývá a snaží se mu vzít jeho pesimistické obavy, jeho úzkosti. Většinou se cítí během stále osobnějšího anamnestického rozhovoru oproti psychosomatickému pacientovi stále lépe. Zde pacientka vnímala jen znejistění, mojí interpretační domněnku jako příliš nenadálé vkročení do její osobní sféry, dosavadního sebeporozumění, a mě jako vetřelce. Ukázalo se, že tato pacientka trvá na svých symptomech coby zvnějšku zaviněné poruše, jež by měla být též zvnějšku, ať již léky či nějakou zázračnou procedurou vyléčena. Porucha ve fungování psychosomatických pacientů je totiž často vnímána jako újma narcistického nároku na dosavadní bezporuchovost. Nemocné tělo je tudíž vyděleno z dosavadního samozřejmého sebeprožívání coby objekt, což skýtá možnost se od něj distancovat a tím předat odpovědnost za jeho opětovné fungování na lékaře. To je třeba si vždy znovu uvědomit a smířit se s tím, že velkou část terapie zabere práce na vytvoření podmínek pro psychoterapeutickou léčbu, práce

na motivaci k ní. Právě to by mohla být jedna z hlavních náplní tzv. basální psychosomatické péče, kterou by mohl po poměrně krátkém školení dělat každý lékař. Představuji si zde přibližně 30 hodin teorie, 30 hodin supervize vlastních pacientů a 40 hodin strávených v Balintovských skupinách.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Bad Godleuba- Berggieshubel, Medianklinik

## VOLNÁ MÍSTA:

Ambulance pro léčbu chronické bolesti v Liberci (Nemocnice) hledá psychologa na 0,5- 1,0 úvazek. Nástup ihned. Kontakt: MUDr.J.Krch, mobil 723464511. Pevná linka: 485312128 úterý-čtvrtek 9-14.00 hod.

## VÝCVIKY:

Název	<b>Výcvik v rodinné systemické terapii</b> orientovaný na léčbu psychosomatických poruch akreditovaný pro zdravotnictví
Doba trvání	4 roky
Určeno	Přednostně pro lékaře a psychology pracující ve zdravotnictví
Pořadatel	Liberecká pobočka Pražského psychoterapeutického institutu, Jáchymovská 385, Liberec 10, IČO: 63110431, tel.485151398, e-mail: <a href="mailto:skt@sktlib.cz">skt@sktlib.cz</a> , více infomrací na <a href="http://www.sktlib.cz">www.sktlib.cz</a>
Charakteristika	Program nabízí <b>komplexní vzdělání v rodinné a systemické terapii</b> . První 4 roky pracujeme v komunitě čtyř malých skupin. Základní vzdělání obsahuje teorii, sebezkušenost a nácvik dovedností v celkovém počtu 500 hodin. Tuto část ukončí frekventanti obhájením písemné kasuistiky a obdrží o ní potvrzení. Celý program komplexního vzdělání bude uzavřen až po následném absolvování 100 hodin supervize vydáním certifikátu, ve kterém bude výslovně formulováno, zda doporučujeme absolventa ke zkoušce z funkční specializace v systematické psychoterapii.
Teorie	Výcvik plně respektuje současné poznatky systémové teorie a

psychobiologie. Výcvik poskytuje teorii rodinné terapie v rozsahu 160 hodin. V souladu s návrhy pracovní skupiny pro minimální evropská kritéria tréninků v RT teorie výcviku obsahuje:

- vývoj a znaky hlavních směrů rodinné terapie, přesahy do jiných psychoterapeutických škol
- teorii individuálního a rodinného vývojového cyklu, transgenerační modely rodiny
- základní rodinnou psychopatologii se zřetelem na psychosomatickou problematiku a tělové metafory
- teorii změny

Sebezkušenost a rozvoj osobnosti Výcvik obsahuje minimálně 240 hodin komunitní a skupinové zkušenosti, slouží k reflexi procesu výuky dovedností v rodinné terapii s důrazem na reflexi osobních dispozic a motivací pro roli rodinného terapeuta. Cílem této části není příprava frekventanta k práci v individuální či skupinové terapii.

Nácvik dovedností v rodinné terapii Sleduje v teorii probíranou látku a vybavuje frekventanty metodami a technikami obvyklými v rodinné terapii v rozsahu 180 hodin. Nácvik dovedností probíhá jednak na osobním materiálu z vlastních rodin a jednak na zkušenostech z aktuální klinické praxe.

Supervize V rozsahu nejméně 100 hodin následuje po ukončení 500 hodin základního programu formou:

- supervize v malé skupině
- individuální supervize
- balintovské skupiny

Zdravotničtí PhDr. Ludmila Trapková (18 let praxe ve zdravotnictví)

garanti a lektori MUDr. Vladislav Chvála (25 let praxe ve zdravotnictví)

Tréninkoví lektori Mgr. Jan Knop

PhDr. Evžen Panovský

Hostující Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

přednášející PhDr. Karel Kopřiva CSc.

PhDr. Zdeněk Rieger

Prof. RNDr. Stanislav Komárek

Podmínky přijetí

- ✓ Absolvent vzdělání vhodného pro oblast pomáhajících profesí
- ✓ Praxe v oblasti medicíny a pomáhajících profesí
- ✓ Příhláška se životopisem a fotografií (minim.1 strana formátu A4 psaná rukou)
- ✓ Úspěšné absolvování konkurzního řízení, které probíhá během víkendové dílny „Práce s časovou osou“. Tým si ponechává právo rozhodnout, kdo bude do výcviku přijat
- ✓ Přijetí etického kodexu ČPS ČLS J.E.P.
- ✓ Uzavření smlouvy o výcviku s institutem
- ✓ Zaplacení alespoň poloviny ročního školného

Psych@Som  
Bulletin zájemců o  
psychosomatickou  
problematiku v medicíně

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