

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

ČASOPIS PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY VYDÁVÁ
LIBERECKÝ INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A
PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ,O.P.S. PRO POTŘEBU
PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI,
LÉKAŘE, KLINICKÉ PSYCHOLOGY A OSTATNÍ ZÁJEMCE

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník

VI/2008

ISSN 1214-6102

31.01.2008

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

1

Obsah

EDITORIAL 4

JAN PONĚŠICKÝ: PSYCHOSOMATIKA, PSYCHOANALYSA, POSTMODERNA A UMĚNÍ 4

Z POŠTY 8

PHDR. EVA PÁVKOVÁ: VADÍ MI... (NAD EDITORIALEM 6/2007) 8

Odpověď autora Radkina Honzáka: 9

Aktuality, politika, koncepce 10

CENA ZA ROZVOJ PSYCHOSOMATIKY JANA PONĚŠICKÉHO 1000 € 10

ZÁPIS SCHŮZKY VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J.E.P. 6.2.2008 10

ZÁPIS Z VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU – 6.2.2008 11

Psychosomatická laboratoř 12

RADKIN HONZÁK: STRUČNÁ EXCERPCE TOHO, CO PŘINÁŠÍ VE SVÉM PRVNÍM LETOŠNÍM ČÍSLE J. PSYCHOSOM RES 2008; 64 (1):1- 12

Z praxe 17

V. DOLEJŠOVÁ, J. WANKÁTOVÁ: PETTERAPIE (ANIMOTERAPIE) ANEB JAK UMÍ ZVÍŘATA LÉČIT 17

MUDr. PhDr. JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VIII: PSYCHOSOMATIKA KŮŽE. 27

TEORIE 29

Wolfgang Tress, Johannes Kruse a Wolfgang Wöller ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE I 29

Recenze **39**

Vladislav Chvála: RECENZE ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE (TRESS W., KRUSE J., OTT J. (VYD.), PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG. STUTTGART: SCHATTAUER VERLAG 2004, ISBN 3-7945-2209-5, PORTÁL 2008) 39

Akce, kurzy, semináře **46**

12. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI UŽ 24.-26. DUBNA 2008 46

KONFERENCE V ČESKÉM RÁJI: SEDMIHORKY 18. – 20. DUBNA 2008: AKUPUNKTURA A PSYCHOSOMATIKA (DIAGNOSTIKA A TERAPIE) 47

Rodina v klinickopsychologické praxi 2007/2008 49

Rodičovská skupina 50

Sbor recenzentů

Doc. PhDr.Karel Balcar, PhD.
PhDr.Bohumila Baštecká
Doc. PhDr.Marcela Bendová, PhD.
Doc.MUDr. Jiří Beran, CSc.
Doc.MUDr.Martin Bojar, CSc.
MUDr.Radkin Honzák, CSc.
Prof. RnDr. Stanislav Komárek, PhD.
prof.MUDr.Zdeněk Mařatka,DrCs
Doc.PhDr.Michal Miovský, PhD.
prof.PhDr.Stan. Kratochvíl, CSc.
Prof.MUDr.Miloslav Kukleta, CSc.
MUDr.PhDr.Jiří Poněšický, PhD.
MUDr.Jiří Šavlík, CSc.

Redakční rada

MUDr.Radkin Honzák, CSc.
MUDr.PhDr.Jan Poněšický, PhD.
Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc.
Doc.MUDr.Jiří Beran, CSc.

Redakce

MUDr.Vladislav Chvála
PhDr.Ludmila Trapková
Mgr.Petr Moos
Mgr.Jan Knop

Adresa

SKT Liberec
Jáchymovská 385
46010 Liberec 10
tel.:485151398
e-mail: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

JAN PONĚŠICKÝ: PSYCHOSOMATIKA, PSYCHOANALYSA, POSTMODERNA A UMĚNÍ



Vycházím ze zřejmého faktu, který si dala do vínku celostní medicína, že na vše reaguje člověk celou svou bytostí, tj. kognitivně, emocionálně, reaktivně svým chováním i tělesně. Tak např. když se člověk domnívá, že se mu děje bezpráví, uvažuje, co proti tomu může dělat, dostane vztek, cítí impuls původce frustrace napadnout, a jeho tělo reaguje zvýšeným svalovým napětím i krevním tlakem. Nyní jde o to se s touto situací lidským a diferencovaným způsobem vyrovnat. To znamená zamyslet se nad tím, zda situaci vyhodnocuji realisticky, či zda se jedná o můj problém, např. o přecitlivělost na kritiku. Kromě tohoto pohledu dovnitř je možno se o tom přesvědčit i přímým dialogem – zda jsem neprávem kritizován. Jestliže se tato domněnka potvrdí, pak je nutno se bránit, pak je i zdravé popustit do jisté míry uzdu svým emocím.

Když se to nestane, když člověk potlačí tuto spontánní reakci, reaguje tím silněji – jaksi zástupně – jeho tělo. Přání se něčemu vyhnout, mít odstup a klid, se změní v opak – tím více to totiž pracuje uvnitř nás. Protože zůstala neuspokojivá situace nevyřešena – tj. protože jsme nedbali na základní potřebu po sebevyjádření, sebe-působnosti a komunikaci – přetrvává i vysoký krevní tlak a svalové napětí, jež vede po čase k bolestem a vyčerpání, někdy až k depresi – což jsou nejčastější diagnózy na psychosomatických klinikách.

Problém je samozřejmě v tom, že ono zablokování přirozené reakce na frustrující situaci se spojí se zábranami, které vznikly již během výchovy, resp. dosavadního života: raději se přizpůsobit, aby nedocházelo ke konfliktům. V extrémních případech se člověk vůbec nenaučil se bránit, stát za svým názorem, a příslušné emoční reakce a impulsy jsou vytěsněny do nevědomí.

Lze tudíž říci, že vznik psychosomatických /funkčních, vegetativních atp./ poruch a onemocnění se rovná zneužívání vlastního těla k reagování na situace, kterým se vyhýbáme, či jež jsme se nenaučili zvládat. Často to tzv. emoční odreagování pomůže jen krátkodobě, resp. neřeší celou situaci vyčerpávajícím způsobem. Tak např. člověk, který se cítí svým sousedem systematicky provokován se zbaví svého agresivního napětí

spíše tím, že si uvědomí, že do něj svojí agresi projikuje, kterou si nedovolí coby disciplinovaný úředník vyjádřit. Narušilo by to jeho obraz o sobě. Jeho nevědomí tuto situaci spíše vítá: Ve srovnání se svým sousedem vynikne jeho korektnost, odsuzováním jeho nestydatého chování zvýší svou vlastní cenu a hojí si tím své pocity méněcennosti. Svě rodině připadá jako hrdina, který to vše vydrží a nese celou tíhu sousedských hádek na svých bedrech. Teprve tento náhled může změnit jeho dosavadní perspektivu, z které celou situaci nazírá a pouze vědomě negativně prožívá.

Na společenské úrovni může člověk nadávat na politiky, anebo si uvědomit, že i tam nahoře sedí stejní lidé jako je on, a že se většinou jedná o celosvětové problémy, které by ani on nedokázal vyřešit.

Místo boje s nevědomými zakázanými impulsy, jak na to dlouhou dobu upozorňovala psychoanalýza, ohrožují dnešního člověka daleko více nezvládnutelné problémy v realitě, které nelze vytěsnit, nýbrž pouze bagatelizovat /pakliže není člověk schopen či ochoten se s nimi konfrontovat a angažovat se dle svým možností/.

V globalizovaném světě protichůdných hledisek je obtížné si vytvořit vlastní a realitě odpovídající názor. Nejistota, úzkost a z toho plynoucí skepse a rezignace, jež by musela vést k pocitu špatného svědomí, je „přeznámkována“ na postmoderní flexibilitu. Za tím stojí názor, že je vše relativní, morálka a hodnoty jsou konstrukty té které společnosti a doby, takže se člověk může chovat libovolně a nezávazně – jednou se přizpůsobit, pak se opět prosadit, dle okamžitých možností a výhodnosti. I to je považováno za spontánnost a svobodu volby, takže vůbec nepřijde na mysl, že je tím negována lidská přirozenost být sám sebou, stát za svými názory, dát svému životu i svému společenství s ostatními smysl, kterého je důležité se držet. A naopak postoj „nic nebrat vážně“, neboť je vše eticky rovnocenné, rozšiřuje oblast toho, na co člověk přirozeně – lidsky a jednoznačně nereaguje.

V obou případech se setkáváme s fenoménem moci, jejíž funkce záleží v selekci – zde vlastního – chování. V mezilidském styku má pak moc ten, který ovlivní selekci chování druhého – např. dle starého principu cukru a biče, tj. podbírání se a hrozeb. Moc v pozitivním slova smyslu, která hraje v meziosobní interakci vždy jistou roli, má ten, jenž dokáže přesvědčit, prosadit svůj názor a tím ovlivnit své okolí.

Dnes se v psychoterapeutických klinikách setkáváme spíše se situací nedostatku moci a tím i sebeovládání, většinou v důsledku ne-mocné výchovy dle anti-autoritativního receptu bezbřehosti, resp. kvůli nedostatku výchovy. Problémem není nedostatek moci, nýbrž zacházení s neregulovanou svobodou. To však není skutečná svoboda, ba jedná se

o její opak: jde o okamžité, reflexní reagování bez schopnosti svobodné volby a cíle-směrnosti.

S tím souvisí i častý zdroj dnešního agresivního jednání. Navíc přistupuje k okamžité reakci na frustraci, útlak, znejistění či zostuzení libovůle, potvrzování si vlastní síly i moci nad druhými násilím, to vše umožněno negací až ztrátou spolucítění a odpovědnosti ve vztahu.

Proč je problém agrese a moci aktuálnější u mužů? K odpovědi na tuto otázku se musíme vrátit k ranným stadiím vývoje dítěte. O novorozence obou pohlaví převážně pečuje matka. Od ní se i chlapec vše učí, ta je mu prvním vzorem, s ní se identifikuje a tudíž etabluje zprvu ženskou identitu. Tu však musí v průběhu dalšího vývoje potlačit ve prospěch mužského vývoje, vše holčičí a citové chce vytěsnit a získat nad tím moc /tj. i nad ženami/, a tím více dává do popředí opak, silové a dobovačné chování, k čemuž má i tělesné předpoklady. Nejcitlivějším místem samozřejmě zůstává ztráta mužskosti, selhání, znejistění. To opět – většinou ne zcela vědomě – využívají ženy. Jejich zbraň /koketerie/ sestává z lákání a opětného odmítnutí /kastrace/, zároveň i z nepřímého dávání oné mateřskosti, o níž si muž nemůže otevřeně říct a po níž podvědomě nepřestává toužit.

V psychoterapii jde tak stále častěji nejen o osvobození se od zábran a úzkostí, nýbrž naopak o nastolování řádu do života, jisté disciplinovanosti, smysluplnosti, což je daleko obtížnější – něco vybudovat, nežli jen něco uvolnit.

Bohužel jsou i některé směry v psychoterapii poplatné dnešní době rychlého přizpůsobení a flexibility – buď tím, že jde jen o techniky k odstranění symptomů, či o „pozitivní“ změnu významovosti vedení dosavadního života / obdobně jako si dnes komunisti racionalizují své dřívější chování/.

Naopak by měl psychoterapeut navazovat kontakt k tomu lidsky významnému, zasutému, bagatelizovanému, a poukázat na typicky lidskou konfliktovost, v které je nutno hledat neustále nová řešení: mezi egoismem a altruismem, rozumem a citem, braním a dáváním, prosazováním se a nasloucháním, mezi svojí existencionální vržeností do světa a snahou po nalézání smyslu. To poslední je zvláště v našem dnešním globalizovaném světě obtížné. Oproti dřívějšku se nás začíná týkat dění v celém světě: konečnost přírodních a energetických zdrojů, nedostatek vody a bída ve třetím světě, zbrojení, terorismus, přelidnění a migrace, ničení životního prostředí – a tím i odpovědnost k příštím generacím / např. i co se týče státního zadlužování /. Do jaké míry je člověk schopen to vše zpracovat ? I desatero Božích přikázání je spíše morálkou pro osobní život a malou obec. Bylo-by třeba nastolit novou

etiku, etiku vztahovosti ke všemu, s čím se setkáváme, etiku realistického podívání se pravdě do očí, čemuž se politikové téměř na celém světě vyhýbají, a etiku skromnosti ohledně problémů, které nedokážou vyřešit ani naše demokratické systémy – a nedovedli by to ani ti, kteří tam ty nahoře kritizují. Přesto si můžeme cenit i malého Davida, který bojuje proti všem těm Goliášům a tunelářům, člověka, který se nevzdává, byť si není výsledkem svého snažení jist. Dovolte mi v této souvislosti citovat Sigmunda Freuda, který, ač spíše pesimista, píše r. 1927: „Na jedné straně zdůrazňujeme chabou sílu lidského intelektu ve srovnání s pudovou výbavou člověka. Přesto má v sobě tato slabost něco zvláštního: hlas našeho rozumu je sice tichý, avšak neustane znít dříve, nežli si vynutí naši pozornost. Na primát našeho intelektu si budeme muset počkat ještě velmi, velmi dlouho, zatím leží v nekonečné dálce před námi.“

Psychoterapie je vědou, řemeslem v dobrém slova smyslu i uměním. Cituji k tomu profesora z oboru psychosomatiky a psychoterapie M. Pohlena:

„Jde o anticipatorní kompetenci, tj. o intuitivní hledání klíče k otevření nových horizontů. Kvalita a funkce terapeuta odvisí od jeho kompozitorního talentu, od jeho jasnovidické schopnosti a visionářského myšlení... Kriteriem psychoterapie není pozitivistické zkoumání její správnosti či chybnosti, nýbrž její individuální i společenská emancipatorní účinnost – podobně jako je tomu u uměleckého díla. Jedná se o kreativní akt, v němž se zjeví svět v novém světle, čímž je překonána dosavadní navyklá zkušenost, dosavadní způsob vidění“.

Léto 2007

Z POŠTY

PHDR. EVA PÁVKOVÁ: VADÍ MI... (NAD EDITORIALEM 6/2007)

Říkat v souvislosti s Platonem "zasraný" mně vadí. Spíše bych čekala obdiv k Platonovi, protože duše má na starosti všechny potřeby, instinkty i to, že je schopna tělo mrzačit, zraňovat, omámit drogami, zhuntovat jako řemeslník, který si nehledí svých nástrojů, kdežto tělo je pokorné a slouží, ale to objevil Démokritos. To co R. Honzák přisuzuje Platonovu dědictví, by možná mohl přisuzovat spíše Plotinovi. Plotinos se nemyl, štítil se těla a škrábal si špínu z těla škrabkou, tak nenáviděl svoje tělo a křesťanství v tom pokračovalo. Vinilo tělo z toho, co způsobila duše. Ochráněná duše ochraňuje i tělo, protože zpizděná duše trápí tělo. A to co se připisuje tělu, tedy nezřízenost, chtíč, potřeby, to jsou vlastnosti duše. Zdravé tělo má pouze primární nedostatky, má instinktuální rovinu, ale stejně si ho uvědomujeme přes duši, např. že máme hlad. Všechny ostatní potřeby jsou sublimované a mají dokonce větší sílu a jsou výsledkem společensky indoktrinovaných potřeb, i civilizační drzosti ovládat. Dokonce by mohlo někoho urazit, že Platon při výkladu Erotu nechává jako někoho jednoduchého hovořit lékaře Eryximacha a jako posledního nejsložitějšího Sókrata, ale přesto to udělal. Tehdy Platon ukázal, že filosofie je ontologicky bohatší medikament než medikament chemický. Když se vyjme srdce při transplantaci, je tělo na úrovni "mrtvolý". Žije "jen díky napojení na přístroje", tedy na úrovni protézy. (S.Freud: Člověk je bůh s protézami.) Vložením nového srdce se vkládá paradoxně protéza a to už je filosofický problém. Nejen smrtí dárce, ale i příbuzní se ptají: "Je to ten samý člověk s novým srdcem, jako byl předtím? Protože tradice vkládala do srdce citovost. A s úlevou zjišťují, že kromě nově nabyté energie je to ten samý člověk, možná jásavější, ale skrze poznání, že je znovu na světě a všechno opět vidí prvně a v údivu, jak to vidí také filosofie. Filosofie není jenom reflexe, ale údiv, je to jedna z jejích definic. Platonovi můžeme vytýkat snad to, že nepochopil oduševnělost těla a také to, že psyché má tělesnost a že nepochopil toho, koho vykládá, tj. svého učitele Sókrata (asi proto, že Platon byl aristokrat) a nerozuměl způsobu života bez zbytečných potřeb. Což pochopili jiní Sókratovi žáci, zejména kynici, ale i o staletí později v kultivaci potřeb epikurejci a stoikové. Platon má obrovský význam pro Evropu, jak o tom píše J. Patočka. Již teď může sledovat Platonovu stopu, kdy se EU chce stát supervelmocí morální, protože dokázala

zpochybnit princip státní suverenity a nabídla místo něj suverenitu lidskosti. Zdraví PhDr. Eva Pávková

Odpověď autora Radkina Honzáka:

Vážená paní doktoro,

vážím si Vašeho názoru a děkuji Vám za něj. Současně vnímám také to, že vidíme problémy ČLOVĚKA VE ZDRAVÍ A NEMOCI z jiných úhlů a to je potěšitelné, protože jediné diskuse může vést k nějakému řešení toho neštěstí, které je označováno jako „psychosomatická problematika“.

Aby moje tvrzení nevyznělo jako zcela vytržené z kontextu, uvádím citaci svého článku: Každý psychosomaticky uvažující a pracující jedinec je v rozpolceném světě zasraného (tohle slovo tam být nemusí, ale patří tam) Platonova dědictví apriorně heretikem. Franz Alexander je stále psychoanalytiky hodnocen jako „controversial“.

Rád bych objasnil, proč si myslím, že Platonova cesta je slepá (on za to tak úplně nemůže, protože ho zkazil Sokrates svými bláboly o dokonalých duších stoupajících na nebesa a těch našich nedokonalých, které poskakují po zemi).

- 1) SÓMA – SÉMA (tedy „tělo je hrobem duše“) neřekl Plotin, ale Platon.
- 2) Duše, charakterizovaná Platonem jako dvojspřeží, jehož vozatajem je ROZUM, který řídí VZPURNÉHO KONĚ (nedobré emoce) a současně HODNÉHO KONĚ (dobré emoce), se po Hippokratově celostní medicíně ocitla v učení Galénově, jenž byl Platonovým žákem, jako cosi zcela neslučitelného a rozporného s tělem a skrze Descartův nablblý nápad, aby medicína řešila člověka jako „rozumný stroj“ a duši ponechala v kompetenci církve a filosofie, se dnes stala medicína tím, čemu se říká EBM, tedy medicínou založenou na důkazech, jejichž kvalitu určují farmaceutické firmy a jiné komerční složky.
- 3) Nevyluštil jsem z Vašeho příspěvku, jak si představujete duši, která povznáší (jako psychiatr znám spíš duše zlomené), nicméně možná je to otázka víry. A já věřím, že EMOCE jsou tvrdě biologické procesy, jež sdílíme se svými fylogenetickými předky až po hlístice oblé (*Cenorhabditis elegans*).
- 4) Osobně by mě Platon netrápil, kdyby nebyl tak vsáknutý pod kůži současné společnosti; nechal se jím ovlivnit i Karl Marx, i tatíček Freud a já mám **jistotu** (nikoli jen pocit), že psychosomatická medicína potřebuje úplně jiné paradigma.

Ještě jednou děkuji za to, že jste si všimla mého příspěvku a věnovala mu pozornost (mohu se zeptat, s jakými pacienty pracujete?). Dobrý rok přeju! Radkin Honzák

28.12.2007

AKTUALITY, POLITIKA, KONCEPCE

CENA ZA ROZVOJ PSYCHOSOMATIKY JANA PONĚŠICKÉHO 1000 €

Jan Poněšický vyhlásí na 11. Psychosomatické konferenci v Liberci 24 – 26. dubna 2008 u příležitosti svého životního jubilea Cenu za rozvoj psychosomatiky spojenou s jeho jménem, dotovanou 1000 Euro, kterou bude udílet ve spolupráci s výborem psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti JEP každý druhý rok u příležitosti konání psychosomatických konferencí. Na jeho adresu je možno zasílat jak teoretické, tak i empirické práce či projekty týkající se rozšíření psychosomatické péče v České republice.

ZÁPIS SCHŮZKY VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J.E.P. 6.2.2008

Nově zvolený výbor ve složení: MUDr.V.Chvála, MUDr.M. Konečný, Doc.MUDr.R.Pánková, MUDr.PhDr.J.Poněšický, Doc.MUDr.J.Šimek,

Program:

1. Poděkování členům starého výboru sekce za práci, jmenovitě doc.Bolelouckému a doc.Beranovi
2. Tajná volba předsedy: dr.Chvála 3 hlasy, dr.Poněšický 2 hlasy. Dohodnuto, že po dvou letech zvolíme nového předsedu.
3. Stav přípravy 12. konference psychosomatické medicíny v Liberci s mezinárodní účastí. Vše umístěno on-line na internetových stránkách www.lirtaps.cz/konference.htm V současnosti přihlášeno 174 účastníků, kapacita sálu je tak naplněna. Omezíme na max. 190. Program konference: přihlášeno 42 příspěvků, z toho 3 vyzvaní, Německo, Slovensko, doc.Adler ze Švýcarska se omluvil, navrženo pozvat dr.Verného. Z přihlášených příspěvků diskutováno o přednášce dr.Dolejšové, která nabízí příspěvek o „informační medicíně“ dr.Jonáše, které působí více jako komerční záležitost. Metoda dr.Jonáše nepatří mezi uznávané metody psychosomatické medicíny. Členové výboru se shodují na názoru odmítnout tento příspěvek. Návrh pozvat znalce moderních výzkumů CNS jako např.doc.Rokytu (Šimek), J.Horáčka z PCP (Konečný), aby promluvili o moderních zobrazovacích technikách CNS. Definitivní program je v rukou odborného výboru konference.
4. Plán práce ztotožněn s projektem 2010- zavedení segmentu základní psychosomatické péče v ČR. Do pracovní skupiny projektu jdou Chvála, Poněšický, Konečný, Šimek. Navrženo získat: Masnera, Roubala, Koblíce,

Růžičku, Balcara, někoho z pojišťoven (zatím nemáme návrh), z LK, z ministerstva? Scházet se podle potřeby. Výbor bude průběžně informován.

5. *Různé: dotaz na Poněšického, jak se v Německu odlišuje psychosomatika od psychoterapie? Diskuse.*
6. *Další setkání výboru během jednání 12. konference v Liberci. Dále podle aktuální situace zhruba 1x za půl roku.*

Zapsal V. Chvála

ZÁPIS Z VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU – 6.2.2008

Přítomni: Ondřej Masner, Michaela Štěpánová, Pavel Roubal, Eduard Rys, Dana Jandourková, Adéla Jandourková (čestný host)

- 1) Michaela Štěpánová zjistila podrobnosti ohledně placení příspěvků. Rozešle všem členům sdružení informaci, jak platit. Bude potřeba uvést jméno plátce a zaplatit do konce března.
- 2) Prodiskutován program pro příští setkání sdružení, které se bude konat 11.4. opět od 15 hodin v knihovně oční kliniky v ÚVN Střešovice. Přednášky: Pavel Roubal osloví MUDr. Pánkovou, Eduard Rys požádá MUDr. Brožkovou, Ondřej Masner se zeptá MUDr. Debefa. Je potřeba upozornit na limit příspěvku 20 minut.
- 3) Organizačně na příštím setkání sdružení: prodiskutovat výsledky práce dr. Hánové a dr. Pleskota s přípravou internetových stránek. Věnovat se přípravě loga (zajišťuje Sevila Kačenová).
- 4) Diskuse na příštím setkání sdružení: představa MUDr. Chvály převzatá z Psych@somu o základní psychosomatické péči. Článek v příloze.

Zapsal: Pavel Roubal

PSYCHOSOMATICKÁ LABORATOŘ

RADKIN HONZÁK: STRUČNÁ EXCERPCE TOHO, CO PŘINÁŠÍ VE SVÉM PRVNÍM LETOŠNÍM ČÍSLE J. PSYCHOSOM RES 2008; 64 (1):1-

RUBIN GJ, ET AL.: PSYCHOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-REPORTED SENSITIVITY TO MOBILE PHONES. J PSYCHOSOM RES, 2008; 64 (1) :1-9

Přestože si někteří lidé stěžují na výskyt nepříjemných symptomů v souvislosti s používáním mobilních telefonů a někdy dokonce běžných elektrospotřebičů, fyzikální výzkumy zatím nepotvrdily žádné možné ovlivnění těmito zařízeními. Autoři vybrali soubor 52 osob uvádějících přecitlivělost na mobilní telefony, dále 19 osob stěžujících si obecně na „elektrosenzitivitu“ a 60 zdravých kontrolních osob bez těchto příznaků. Respondenti vyplnili dotazníky v nichž byly sledovány následující okolnosti: hlavní důvod používání mobilních telefonů, úroveň psychického zdraví, příznaky deprese, starosti související s ovlivněním zdraví moderními prostředky, všeobecný zdravotní stav, závažnost příznaků a přítomnost dalších funkčních obtíží (MUS – medically unexplained symptoms).

Výsledky ukázaly, že pocíťovaná hypersenzitivita se pojí s užíváním mobilního telefonu přednostně pro výkon zaměstnání (3 % u kontrol a 16 % u postižených), většími obavami z chorob, jež přinášejí moderní technologie, vyšší depresivitou, většími starostmi a obavami z možných zdravotně závadných potravin, horším indexem celkového zdraví a větším počtem symptomů označených jako „funkční“. Pokud byla nezávisle zkoumána deklarovaná psychiatrická morbidita, rozdíly nebyly shledány.

Autoři uzavírají, že osoby s uváděnou hypersenzitivitou mají obecně horší zdravotní stav, než osoby, které tyto obtíže nemají.

KOMENTÁŘ

Protože citovaný časopis umožňuje diskusi on-line, napsal jsem tedy okamžitě po přečtení autorovi, že moje 95letá maminka odmítá mobilní telefon, který jsme jí koupili „z důvodů bezpečného kontaktu“. Moje maminka totiž cestuje po celé republice, je schopná strávit celé léto na chalupě, kam zbytek rodiny doráží až na víkend a podniká další kousky, pro které by bylo užitečné být na kontaktu s někým, kdo by pro ni mohl přijet. Telefon odmítla s tím, že „i když je pouze zapnutý, vyvolává v ní nepříjemné vnitřní chvění“, zejména pak v okolí srdce, které je podporováno kardiostimulátorem. Poznám

ve vlaku či v tramvaji, že má pasažér vedle ní telefon zapnutý a vadí jí to. Její režim – viz shora, její medikace – anopyrin 100 mg denně a Gingo biloba, její obavy z ostatních elektropřístrojů – žádné a její obavy z možné škodlivosti potravin – žádné. Návštěva praktického lékaře 2xročně. Otázal jsem se autora, zda tyto osoby našel také při svém výzkumu (včetně jedovaté poznámky, že tvrzení, že všechny vrány jsou černé, dokáže vyvrátit JEDINÁ bílá vrána). Zde je jeho (velmi otevřená – a toho je třeba si vážít) odpověď (raději in extenso v originále):

Hi Radkin,

Yes, there are certainly people with apparent electrosensitivity who don't conform to the idea of high modern health worries, depression, other medically unexplained syndromes etc. I'm certainly not suggesting that there is only one causal pathway that can lead someone to believe that they are sensitive to mobile phone signals - only that this is one pathway which might explain the condition for a fair number of people.

James

Takhle nějak bych si představoval diskusi o problémech, které pálí jak EBM odborníky, tak ty psychosomaticky orientované. Aby jedna strana nepřikazovala druhé, jak věci mají být „správně“!

BIEBER C, ET AL.: A SHARED DECISION-MAKING COMMUNICATION TRAINING PROGRAM FOR PHYSICIANS TREATING FIBROMYALGIA PATIENTS: EFFECTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. J PSYCHOSOM RES, 2008;64(1):13-20

Jako fibromyalgie je definován stav chronické stěhovavé bolesti, kterou je obtížné objektivizovat a současně stav, který bývá doprovázen značnou tenzí ve vztahu lékař – pacient. Dohoda mezi lékařem a pacientem o dalších postupech („shared decision making“ - SDH) může přinést zlepšení vztahů. Cílem citované práce bylo zjistit, zda takový postup skutečně zlepšení vztahů přináší (hodnoceno náhledem pacienta).

Celkem 84 pacientů s fibromyalgií bylo randomizovaně rozděleno do skupiny léčené standardním způsobem s poskytnutím základní informace o problému a skupiny, v níž patřičně vyškolení lékaři dospívali s pacienty ke společným rozhodnutím o dalších postupech. Cílem výzkumu bylo zhodnocení kvality vztahu pacientů k lékařům.

Pacienti ve skupině SDH byli signifikantně více spokojeni se vztahem mezi nimi a lékaři. Pokud jde o další parametry klinického stavu, obě skupiny se nijak mezi sebou nelišily.

KOMENTÁŘ

JUDr. Štěpán, velikán medicínského práva, zahájil svoji doškolovací přednášku v Institutu pro vzdělávání lékařů a farmaceutů (tehdy ILF, nyní IPVZ) před 45 roky realistickým prohlášením: „Doktor je člověk, který když se ráno probudí, je už jednou nohou v kriminále. A když vstoupí na pracoviště, je tam potenciálně oběma. Takže každý večer by se měl vděčně pomodlit, že tam neuvízl.“ Nazíráno tímto pohledem je spokojený pacient méně nebezpečný, zvláště v dobách, kdy v klinické praxi přitahuje. Nicméně ani pozitivní přenos není bez rizik.

Na druhé straně je zcela legitimní otázka: Je cílem léčby „spokojený pacient“, nebo „vyléčený člověk“. Mnoho klasiků řeklo, že chronický pacient je jedinec, který dává přednost závětrí choroby před rizikem selhání v reálném životě (jiný zase řekl, „že ho ofoukne na zdravém povětrí“). Fibromyalgie představuje sběrný koš pro mnoho velice různorodých problémů; u mnoha svých pacientů jsem se však setkal s až nápadným životním konceptem VŠE NEBO NIC. Když se jim nepodařilo dosáhnout nereálných cílů, konstatují, že nemají nic (než tu chorobu). A tak se vynoří otázka: když tedy NIC, není takové nic příjemnější ve vlídné atmosféře, než pod nějakou buzerací, která naléhá, abych něco dělal?

Jedno z hesel transakční analýzy říká: Napřed se uzdrav, pak to analyzuj! Jistěže se to má odehrávat v prostředí, kde člověk dostává několik pohlazení denně, aby mu nevyschla mícha, zároveň to má být prostředí, které mu DOVOLÍ (P=PERMISSION), aby přestal být „spokojeným nemocným“ a stal se odpovědným zdravým, autonomním a samostatným jedincem.

LLOYD DM ET AL.: DEVELOPMENT OF A PARADIGM FOR MEASURING SOMATIC DISTURBANCE IN CLINICAL POPULATIONS WITH MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS. J PSYCHOSOM RES, 2008;64(1):21-24

Experimentální práce měřící senzitivitu na jemné mechanické podráždění u zdravých osob a u pacientů s funkčními poruchami. Účastníci pokusu referovali zda cítí či necítí jemné taktilní pulzy, které byly (v 50 % ano a v 50 % ne) aplikovány spolu se světelným signálem. Výsledky ukázaly, že souběžně vyslaný světelný signál jednak zlepšoval detekci aplikovaných pulzů, ale také zvyšoval počet falešně pozitivních odpovědí. Autoři uzavírají, že také aplikace světla je s to vyvolat tělesný pocit.

KOMENTÁŘ: To věděl už I.P.Pavlov a proto po něm pojmenovali v Praze náměstí a abych nebyl pragocentrista, na jeho ulici v Olomouci stojí i lékařská fakulta (zatímco v Praze jen stanice metra).

**O'TOOLE BI: TRAUMA, PTSD, AND PHYSICAL HEALTH: AN
EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF AUSTRALIAN VIETNAM VETERANS. J
PSYCHOSOM RES, 2008;64(1):33-40**

Práce se zaměřuje na odhalení podílu expozici bojovým situacím a posttraumatické stresové poruchy na další zdravotní stav veteránů z Vietnamu. Obě proměnné byly vyhodnocovány se značným časovým odstupem a jejich vyhodnocení vycházelo ze subjektivních výpovědí.

Výsledky ukázaly, že častější bojové nasazení a čerstvé zážitky ohrožení vlastního zdraví vedly častěji k rozvoji posttraumatické stresové poruchy a v jejím důsledku k rozvoji dalších zdravotních poruch, jak jsou definovány WHO (tj. zejména astma, ekzémy, bolesti zad a bolesti pohybového ústrojí a hypertenze), a to bez ohledu na další sledované parametry. Na druhé straně samotné nasazení do bojových akcí a psychogenní reakce v nich jen velmi slabě souvisejí se zhoršením tělesného zdravotního stavu. Autoři uzavírají, že studie potvrzuje předpoklad, že teprve rozvoj posttraumatické stresové choroby je spojen s dalšími zdravotními poruchami, včetně těch, které zahrnují i zánětlivé procesy.

KOMENTÁŘ

Jako demobilizovaný voják absolvent v záloze (degradovaný pro ztrátu sanitky na záchranu pacientů a ztrátu levorvéru pro dobíjení pacientů) nemohu sloužit vlastní zkušeností. Pokud jde o důstojníky ČSLA (pro ty, co to nepamatují, jde o Československou lidovou armádu), stejně jako dýzláky (délesloužící poddůstojníky), jejich jedinou starostí bylo, aby ZASE nebyli přemístěni. Poplach písknutý u příležitosti zavraždění Kennedyho v průzkumném práporu v Rychnově nad Kněžnou s výjezdní pozicí někde na Šumavě, byl zajímavý především tím, že oficiíři odhodili brigádýrky (do kterých by odstřelovači nepřátel mířili) a sháněli takzvané ahojky. To trvalo hodinu a možná i déle. Pak se prápor vydal na cestu, během které třetina vozidel odpadla do třiceti kilometrů. Ostatně podobnou situaci si zažila ochrana Radia Svobodná Evropa před několika roky.

Jeden důstojník NATO, odpovědný za vysílání kontingentů své země do vybraných oblastí, mi v anglickém jazyce sdělil (a já doufám, že jsem mu porozuměl), že se jim prozatím nepodařilo vytipovat rizikové vojáky, kteří budou po nasazení v kritických oblastech trpět PTSD a dalšími důsledky a eventuálně se po letech domáhat odškodnění. Přestože jde o profesionální armádu a na vstup do armády nasazují tvrdé a husté psycho-patologické síto, nenašli zatím žádnou srozumitelnou souvislost v tom, kdo se „zhroutl“ a kdo zůstane intaktní. Přestože to byl člověk zdánlivě flexibilní, reagoval velmi podrážděně na můj návrh: Co kdybyste zkusili taky jiná kriteria, třeba homeopatickou diagnostiku... Pravil, že to je STUPID IDEA, ačkoli já, jako léty trápený terapeut si nemyslím, že když na jedné cestě dojdeme do slepé uličky, že bychom neměli volit cestu jinou. Uprostřed diagnosticko-terapeutického

trápení se mi velice často vyplatí otázka: A v kterém znamení jste se narodil...?

Tím nechci říct, že je to ideální. Tím chci říct, že přístup ze zcela jiné strany může zatraceně nabourat PŘÍBĚH, který pacient s urputností zaseklé gramodesky opakuje. Například otázka mamince Karkulky: Proč jste poslala holku do lesa plného vlků, a nevarovala jste ji?!?!

NEUROGENEZE V DOSPĚLOSTI PROBÍHÁ I V MOZKOVÉ KŮŘE

Studium hipokampální neurogeneze v dospělosti přineslo během posledního desetiletí mnoho nových poznatků. Nejnovější práce ukazují, že původní předpoklad, že nové neurony vznikají pouze v hipokampu a v bulbus olfactorius se rozšiřuje a existuje řada důkazů, že neurogeneze probíhá také v mozkové kůře jak u hlodavců, tak u primátů. Nejde o typické pyramidové buňky, charakteristické pro tyto struktury, ale o interneurony, nejrozšířenější typ buněk neokortexu. Zdá se, že vznik i malého množství takovýchto neuronů má významný dopad na korové funkce.

Cameron HA, Dayer AG: New Interneurons in the Adult Neocortex: Small, Sparse, but Significant? • REVIEW Biological Psychiatry
DOI: 10.1016/j.biopsych.2007.09.023

16.1.2007

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Z PRAXE

V. DOLEJŠOVÁ, J.WANKÁTOVÁ: PETTERAPIE (ANIMOTERAPIE) ANEB JAK UMÍ ZVÍŘATA LÉČIT

O autorkách: MUDr. Věra Dolejšová, internistka, od r. 1980 praktikuje akupunkturu, od r. 1990 EAV a od r. 1991 i homeopatii. Se zvířaty pracuje asi odjakživa, ale v praxi od r. 1985(86) cca. Vždy se snažím pochopit pacienta jako celek a nalézt hlavní příčinu jeho obtíží a tu následně léčit všemi dostupnými prostředky, nedá se říci, že bych preferovala jednu nebo druhou... metodu.

MUDr. Jana Wankátová, alergolog-imunolog, akupunkturu dělá od r. 1987, EAV i homeopatii stejně jako já. Systém práce je také podobný. obě přednášíme (resp. snažíme se) přednášet celostní medicínu, v r. 1993 jsme spolu s dr. Komercovou napsaly skriptu o celostní medicíně, (Základy komplexního přístupu v medicíně).

Motto:

Z knihy Saint Exuperyho *Malý princ: Kapitola XXI – o lišce:*

Malý princ potká lišku a ta se s ním baví o tom, co znamená ochočit si někoho: „...Je to něco, na co se moc zapomíná. Znamená to vytvořit pouta. Ty jsi pro mne jen malým chlapcem podobným statisícům malých chlapců. Nepotřebuji tě a ty mě také nepotřebuješ. Jsem pro tebe jen liškou podobnou statisícům lišek. Ale když si mě ochočíš, budeme potřebovat jeden druhého. Budeš pro mne jediným na světě a já zase pro tebe jedinou na světě...“

A vytvořit pouta a něco pro někoho znamenat je v dnešní době moc důležité.

Úvod:

Toto sdělení si nečiní žádné nároky na vědeckou publikaci, je výrazem mých dlouholetých zkušeností prací s lidmi a zvířaty a vyjadřuje snahu pomoci i dalším lidem.

Animoterapie nebo petterapie jsou vlastně vymyšlené názvy pro „léčení prostřednictvím domácích miláčků (mazlíčků).

Jedná se o využití zvířete jako léčebného prostředku pro člověka (1). Zvířata působí pozitivně doma i v zaměstnání, jsou dobří společníci a přátelé. Prokazatelně pomáhají odbourávat stres.

Domácím mazlíčkem může být jakékoliv zvíře, maličké jako bílá myška nebo i velké jako kůň či slon. Záleží na možnostech daného jedince, dostupnosti zvířete, nákladech na jeho péči a řadě dalších věcí. Běžně se výběr zvířete řídí životním stylem majitele, jeho časovými možnostmi, sportovní zdatností, způsobem bydlení - jinak uvažuje o volbě zvířete člověk bydlící v malém panelákovém bytě a jinak člověk s domkem a zahradou.

Dalším kritériem jsou finanční možnosti a v neposlední řadě zdravotní stav majitele – jeho pohyblivost, alergie apod.

Dále bychom si měli uvědomovat na jak dlouho si zvíře pořizujeme – křeček žije 2 – 3 roky, kočka nebo pes až 16 let, někteří papoušci až 80 let, stejně jako želvy.

Nejpodrobněji psal o animoterapii lékař Zoran Nerandžič – viz literatura.

Chtěla bych přispět svými zkušenostmi se zvířaty , která lze využít jak diagnosticky, tak terapeuticky a ukázat i jiné možnosti výběru vhodného zvířete.

ZVÍŘATA JAKO POMŮCKA PRO DIAGNOSTIKU

Výběr zvířete:

Výběr zvířete často napoví hodně o člověku, který si ho volí.

Psa lze ovládat, lze mu poroučet, pes je na člověku závislý, miluje ho oddaně a bezvýhradně, snese i násilí, "Líže ruku, která ho bije", dává pocit jistoty.

Kočka je nezávislá, zcela samostatná a pokud projeví přízeň, je to spíše čest pro daného jedince.

Králík, či morče jsou hraví a zábavní, nenároční na péči.

Had je agresor, chladný a tajemný, dává pocit síly. Pociť, že ovládám agresora, silného a nebezpečného pomůže zvednout sebevědomí.

Pokud se někdo zásadně vyhýbá kontaktu se zvířetem, jedná se (často) o jakýsi neuvědomělý strach z lásky, strach z přijímání a bezvýhradného dávání.

Tím, že si člověk pořídí nějaké zvíře, zavazuje se k tomu, že se o něj bude starat, a to v dobrém i zlém, bude ho živit, dbát na čistotu, věnovat čas i peníze preventivní péči – např. očkování, odčervování apod., bude se mu věnovat podle potřeb toho kterého zvířete – procházky atd.

Když mluvíme s nemocným, který je uzavřený, pacient se lépe otevře, rozpovídá se o „bezpečném tématu“ o svém miláčkově, nebo odporu k němu, a sděluje nám tím velké množství informací o sobě, o svém vztahu k citům, o své otevřenosti, empatii, schopnosti dávat i brát atd. Také o svém strachu z toho všeho.

Je velmi důležité si uvědomit, že už malé dítě je schopno vyjadřovat své pocity prostřednictvím zvířat – toužím po něčem, co by bylo jenom moje, s čím bych se mohl mazlit (rodiče nemají čas a já mám větší potřebu mazlení, než jsou schopni mi dát), neumím vyjadřovat své city, když ale hladím zvíře, je mi výborně, protože to mi rozumí.

Nebo: zranil jsem zvířátko – schválně, štválo mně, tak ho nechám utratit a nebo sežrat hadovi (může to ale tajit, lhát, vymýšlet si – jedná se ale o projev skryté agresivity vůči bezbrannému tvorovi – teď ublíží králíčkovi, zítra kamarádovi nebo i sobě ?)

Některé autistické děti se se zvířetem rozmluví (můžeme vyzkoušet, které zvíře je přitahuje např. pomocí obrázků a potom jim umožnit kontakt.).

A teď k jednotlivým zvířátkům:

ZVÍŘATA JAKO LÉČITELÉ

KŘEČCI a KŘEČÍCI

V našem sdělení začneme záměrně s nejmenším tvorem, kterého si můžeme pořídit jako domácího mazlíčka.

Křeček je velmi roztomilé, veselé a čilé zvířátko, jeho chov je finančně i časově nenáročný a lze ho svěřit do péče již malým dětem od 4-5 let.

Je nenáročný, mazlivý, umí předvádět plno akrobatických kousků, které dokáží zpestřit všední šed' života. Křečků existuje velké množství druhů, ale u nás se nejvíce setkáme s křečkem syrským, zlatým a křečíkem džungarským. Jim podobní a také často chovaní jsou pískomilové.

Nejprve je ale nutno křečka ochočit – a to není tak jednoduché. Křeček je živý a temperamentní a pokud se cítí ohrožen reaguje ihned kousnutím.

Pro dítě to znamená, že se musí nejprve samo ukáznit – naučit se ke křečkovi pomalu přibližovat ruku s nějakým pamlskem, naučit se, že ho nesmí mačkat, ale jen jemně držet atd atd.

Pro dítě je to velká životní lekce, která je ale odměněna roztomilým zvířátkem s korálkovitými očkami, které si na jeho dlani spokojeně pojídá nějaké dobrůtky.

Dítě se tak nenásilně naučí vnímat potřeby druhého jedince a později je dokáže přenést i na další živočišné druhy a samozřejmě i na lidi.

Křečka doporučujeme zejména těm dětem, které jsou neklidné, huř se soustředí, vztekají se apod.

Přirozeností každého dítěte je touha pohladit si sametové zvířátko, ale vzteklíci se to musí nejprve naučit. Ze strany rodičů je potřeba vést dítě k trpělivosti, ukazovat mu malé krůčky při ochočování křečka a tak ho vést ke zlepšení. Pocit vítězství je naprosto úžasný.

Pokud je dítě alergické, rozhodně křečky nezakazujeme, ale můžeme použít aplikaci akupunktury jehly do bodu alergie na ušním boltci a tak odstranit alergickou reakci.

Mám ve své praxi soubor několika desítek dětí, kterým se tímto způsobem zcela změnil svět.

Představme si, že pokud je dítě alergické, celá rodina je poučena o nutnosti zákazu všech alergenů a to zejména kožeslinových zvířat.- Jenomže děti touží po zvířeti a to je jim odpíráno v obavě ze zhoršeného zdravotního stavu, včetně např. astmatického záchvatu. Co se ale děje – dítě se cítí izolované již svou nemocí, navíc je v něm budována hrůza z alergenů, potažmo ze zvířat a to následně vede k nenávisti, která se projeví agresivitou.

Jenomže – alergie je vlastně formou agrese a ta se tímto ještě více upevňuje – dítě tedy místo léčení je ještě více vtahováno do začarovaného kruhu, kde se cítí naprosto osamocené, nepochopené, odsouzené jen ke ztrátám a tak stále

více nenávistné – to vede k závažným stavům, např. astmatu, ale i k nejrůznějším autoalergickým onemocněním.

Pokud dítěti umožníme začarovaný kruh prolomit, dovolíme mít malinké chlupaté zvířátko a jistíme alergickou reakci akupunkturou jehlou, pak zvíře začne působit jako vakcína a postupně se alergie ztratí.

(Doloženo souborem 68 dětí s alergiemi, kde následně vymizela pozitivita na srst zvířat v kožních testech).

Mám i případ rodiny, kde velmi přetížený úzkostný otec, sledoval celou anabazi s křečkem, akupunkturou a výukou k odstranění agresivity s velkou skepsí, ale po úspěšném zvládnutí lekce svým synem se opatrně zeptal, zda by si mohl opatřit svého křečka a trénovat také. (Fungovala to stejně).

Křeček žije jen krátkou dobu – nejvýše 2 roky, takže potom je možné přejít na větší zvíře, tedy na ...

MORČE

Je vhodné pro větší děti – od mladšího školního věku, které již lépe dovedou o zvířátko pečovat.

Morče se dožívá až osmi až deseti let. Je velmi komunikativní, veselé a hravé, a také hlasité. Každý pohyb doma komentuje hlasitým hvízdáním, pokud je spokojené tak mumlá, bublá a chrochtá, pokud se cítí ohrožené tak cvaká zuby nebo syčí.

Pozorně sleduje okolí, při nebezpečí se bleskurychle schová v domečku, odkud ale za chvíli zvědavě kouká, co se děje.

I zde existuje celá škála možností – morče krátkosrsté, dlouhosrsté, kudrnaté apod. Volbu necháváme na samotném dítěti, na tom, které zvíře „si ho přitáhne“. Morče samozřejmě vyžaduje každodenní péči – jednak péči o potravu, ale i péči o srst, potřebuje také více času na hraní apod.

Pro děti je to ideální společník, který je naučí, že je nutno se o něj postarat a za to je dítě odměněno aktivním kamarádem, který se mazlí, rád si hraje apod.

Dítě se tak učí nesobeckosti, učí se, že má stálou povinnost o kamaráda, učí se zajistit bezpečné prostředí pro kamaráda, který by jinak mohl přijít o život.

Morče je větší a tak je dítě snáz uchopí. Morče je zcela neagresivní, nekouše, neškrábe, nebrání se a tak se dítě naučí se starat o bezbranného jedince, který je na ně zcela odkázán.

Morče se hodí i pro staré a osamělé osoby, které nejsou schopny mnoho pohybu, ale potřebují kontakt s živým tvorem.

KRÁLÍK

V rámci petterapie je nejvhodnější zakrslý králík, nyní jsou k dostání různé varianty – králík krátkosrstý, dlouhosrstý – angorský, Teddy, berani a další –

všichni jsou nenároční, komunikativní a na rozdíl od morčete tišší. nanejvýš dupou. Jsou ovšem výrazně živější a rádi běhají po bytě.

Králík dobře dodržuje čistotu, takže je možno ho nechat běhat pod dozorem i po bytě (hlavně proto, aby se sám nezranil – např. rozkousáním el. kabelů).

Zakrslý králík potřebuje kontakt a rád ho vyhledává. Je příjemným společníkem, kterého si oblíbí jak mladší, tak i starší děti a stejně tak i řada dospělých – pravděpodobně více než morče, které pro řadu dospělých připomíná nenáviděnou myš.

Králík je schopen rozeznat svého pána a hopkat za ním po bytě jako pes.

Králík dává osamělým lidem možnost pocítit spřízněnou duši, jeho jemná hebká srst působí jako balzám na všechny duševní útrapy.

Všechna tato zvířata jsou malá a nevyžadují extrémně velkou péči, je možno je nechat i přes víkend samotné doma a snadno se o ně postarají o dovolené sousedé či známí.

Kontakt s malými zvířaty s akupunkturou v ušním boltci odstraňuje postupně alergii na zvířecí srst a tak navrácí člověka do normálního světa, kde se nemusí bát každého smítka a navíc mu dává pocit bezpodmínečné lásky a porozumění.

Musíme si ale také uvědomit, že tato zvířátka mohou také odhalit vážnější patologie v psychice daného jedince.

Mám případ malého chlapce, který vyrůstá v rodině, kde je otec velmi pracovně vytížený a doma moc nefunguje – i doma pracuje, sedí u počítače a rodinu okřikuje, aby mu dala pokoj, že si musí odpočinout.

Matka se stará sama o domácnost a další 2 sourozence. Chlapec je nejstarším dítětem. Byl velmi uzavřený, neměl žádné kamarády a příliš nekomunikoval. Doma i ve škole plnil všechny úkoly velmi dobře, bez odmlouvání. V ordinaci se prakticky neusmál, na všechny otázky odpovídal krátce a výstižně, nedíval se přitom nikomu do očí.

Vyšetřen kvůli alergické rhinitidě celoroční, dle testů polyvalentní alergie.

Antihistaminika nesnáší – je po nich ospalý a špatně se soustředí ve škole, proto je odmítá.

Z rozhovoru vyšlo najevo, že chlapec se ve třídě cítí ostrčený, má hrůzu ze všech možných nebezpečí, zejména z alergenů – děsí se astmatu, které má jeden spolužák a které mu hrozí (podle ošetřující lékařky).

Nejvíce ze všeho touží po zvířeti, které mu ale všichni zakazují.

Dohodnuta terapie pomocí zakrslého králíčka a akupunktury.

Králíčka dostal ke svým narozeninám a byl naprosto šťastný – začal komunikovat, hlasitě se smát, začal se bavit i s dětmi ve třídě – po 2 – 3 měsících ale náhle začal králíčka trestat za všechny své neúspěchy a to velmi agresivně – mlátil ho, nakonec až tak, že mu zlomil nožičku. Ihned poté

nezavola na pomoc matku nebo sourozence, ale uzavřel se ve svém pokoji a všem namluvil, že si králíček nohu zlomil sám. Potom začal mluvit o tom, že ho nechá sežrat hadem a pořídí si jiného...

Následné psychiatrické vyšetření odhalilo vážnou depresi až s autoagresivními rysy s nebezpečím suicidity, dokonce mluvil o tom, že plánoval, že zabije své sourozence (nejmladšího vyhodí z okna a další za ním skočí sám – bydlí v 6. patře) a potom že se zabije sám. Následně byla zahájena terapie, která vedla ke zlepšení stavu.

(Králíček byl odoperován a nyní je zcela v pořádku, stejně jako chlapec).

Ke vzniku obtíží psychických vedl pocit osamocení v rozvětvené rodině, kde si toho nikdo nevšimnul. (Chlapec jako nejstarší měl vždy pomáhat s péčí o mladší sourozence, matce s domácností...). Nikdo se s ním vlastně nebavil.

Původně reagoval vývojem alergie – rýma, slzení, ale to k ničemu nevedlo. Zvíře potom odhalilo celou hloubku psychických problémů včas.

KOČKA

Kočky uctívali již dávní Egypťané, jim se dávaly do uší akupunktorní jehly proti zabřeznutí, v řadě zemí byly uctívány, jinde nenáviděné a spojované s čarodějnictvím.

Kočka neuznává žádné autority a získat si její přízeň není jednoduché. O to větší radost z toho potom máte. Mýtus o tom, že kočka miluje místo a ne člověka je již dávno zbořen. Kočka, která žije s člověkem, má ráda jeho a jeho hledá, když se ztratí. Klidně ale přežije i ve volné přírodě nebo ve městě, kde si sama najde „byt i stravu.“

Kočka také není příliš náročná na chov doma, musíme ale rozlišovat kočky podle plemen. Ne každému se hodí každá kočka.

Kočka neuznává jednoho pána, ale vzájemně propojí všechny členy rodiny, protože každému projeví svoji přízeň na chvíli.

Jak je napsáno v Murphyho zákonech o zvířatech - ...“Kočka se ve vaší domácnosti pohybuje tak samozřejmě, jako by tu bydlela odjakživa. ...

Je také nesmyslné se domnívat, že kočka toho, koho má nejraději, bude respektovat.

Pokud kočka vrní, znamená to, že je s vašimi službami spokojena. Je to stejné, jako když dáte v restauraci číšníkovi spropitné...”

Kočka si vždy vybere jedinice z rodiny, který se jí zdá nejoslabenější a tomu projeví přízeň . Samozřejmě jen do té doby, než někdo jiný se šustne u lednice či kuchyni.

Když tedy hledáme vhodné zvíře do rodiny, kde jsou samí workholici, kteří se nedokáží vůbec setkat ani v malém bytě- jeden sedí u televize, druhý u počítače, další si čte atd. Každý jí zvlášť u svého pracovního stolu a ani neví co, pak je kočka tím nejvhodnějším tvorem – všechny obejde, spojí, členové

rodiny se potom zajímají, zda dostala najíst, povídají si o kočce a jejích kouscích (a je jedno, jestli tématem jsou rozervané záclony nebo nová pohovka) a všichni mají jedno úžasné společné téma.

Navíc kontakt s kočičím kožíškem dokáže krásně uklidnit, její vrnění přenáší léčivé vibrace do těla.

Je známo, že kočky dokáží léčit pohnatkové stavy, že dokáží člověka rychleji vracet do normy, stejně jako povzbuzuje jemnou motoriku prstů rukou např. po CMP a nebo u nemocných s roztroušenou sklerózou.

Kočky také umí vychovávat neklidné děti – předou, vrní a mazlí se, čímž dítě uklidní, ale pokud se dítě zachová agresivně, tak jej kočka packou upozorní, že „to tedy ne“, stejně jako by to udělali rodiče.

Kočka také umí dobře prohřívát organismus a tím uvolňovat svalové napětí.

Volbu plemene potom řídí stavba celé rodiny – jak často a kdo je doma, jaký je jeho temperament, zda rodina preferuje ticho a nebo je zde stálý hluk atd.

Vhodné kočky jsou zejména klidné a rozvážné britské kočky nebo kočky perské, hlučné a divoké siamské kočky vyžadují stejně jako birmy stálý kontakt s osobou a hodí se tedy více pro lidi osamělé, které fascinuje pohyb a aktivita.

Běžné kočky domácí lze využít také, ale zde je nutná znalost jejich povahy, jejich socializace a je zde určité riziko že kočka bude vyžadovat volný pohyb venku, kde je ohrožena dopravou, četnými úrazy a v neposlední řadě i otravou návnadami či pozřením otrávené myši.

Potom její ztráta je větší trauma pro daného jedince, které může nemoc ještě prohloubit.

Dáváme tedy přednost ušlechtilým plemenům a kočkám chovaným pouze doma.

PES

O canisterapii se zřejmě píše nejvíce – nechci zde mluvit o asistenčních psech pro nevidomé a postižené lidi.

Pes je zvíře, které je zvyklé žít ve smečce a uznává tedy hierarchii smečky (na rozdíl od koček). Uznává tedy jednoho pána, kterého absolutně poslouchá – dobře vychovaný pes i na pouhý pokyn prstu ruky či pohyb očí.

Když tedy doporučujeme psa do rodiny, tak volíme psa pro toho člena rodiny, kterého potřebujeme posílit – jestliže je to dítě, tak tedy psa pro dítě, když pro některého z rodičů, tak tedy pro něj.

Z toho se potom odvíjí volba plemene, pohlaví atd.

Jestliže potřebuji psa pro dítě, které je hodně osamocené, tak volíme psa, respektive fenu, která bude dítě brát za své štěně a bude jej chránit a pečovat o něj.

Psa volíme pro děti od 8 – 9 let, aby jej mohli chodit sami venčit. Můžeme zvolit psa většího plemene, klidného a vyrovnaného – v dnešní době nejoblíbenějšími jsou labradoři či zlatí retrívři, případně bernský salašnický pes – psi, kteří nejsou bojovní, ale dokáží se ubránit, jsou přátelští a trpěliví, takže se dítě v jejich blízkosti cítí bezpečné. Navíc procházka se psem umožní kontakt s „psími lidmi“, navázání nových kontaktů a vztahů.

Dospělý jedinec přes psí kamarády dokáže zařídít cokoli je v domácnosti potřeba atd.

Pokud hledáme psa pro osamělého dospělého, tak je vhodnější plemeno které je veselé – např. pudl nebo někteří teriéři (jorkšir, westík apod.).

Volbu řídíme také tím, kterého člena rodiny potřebujeme posílit – např.: Čtyřčlenná rodina, kde je otec, matka a dvě dospívající dcery. Otec v této rodině a v této době je naprostý outsider (chudák), ženy drží nejrůznější diety, dbají na správnou stravu, takže on se nedostane k masu i kdyby chtěl. Když jdou do divadla, tak se otec nedostane do koupelny, kde se šlechtí 3 dámy a potom mu vynadají, že zdržuje. Takový muž je významně ohrožován stresem a může mu hrozit infarkt a další podobně choroby. Pes situaci zcela změní:

- pejsek žere maso, takže je doma v lednici – tedy i pro pánečka, když už se stejně kupuje...
- před divadlem jde otec venčit psa, tudíž nepřekáží, dámy mají radost, že je klid a otec také. Když se vrátí, dostane svůj čas- venčil přece miláčka, tak se musí umýt ...

Volba zvířete zase naopak nám ukazuje, co za člověka máme před sebou a jaký je jeho problém – pokud vám do ordinace přijde pacient, který vlastní psa bojového plemene – tak je nutno se ptát, co ho trápí, čeho se bojí, co potřebuje skrýt – proč se brání kontaktům a chce manifestovat svoji moc a nadřazenost.

Vždy jde o nějaký hluboký mindrák a zvíře působí jako brnění – maska, která odradí okolí do toho „šťourat a zasahovat“.

Také chování pejska mnohé napoví – schovává se nebo vrčí a nebo je zcela nekonfliktní, kamarádský? Snese děti nebo ne ? To vše vypovídá o jeho majiteli, který psa vede k podobným projevům, jaké má on sám vůči okolí.

To potom umožní lépe se orientovat při volbě vhodného homeopatického léku nebo Bachova květu.

PTÁCI

Ptáci se více hodí pro dospělé, osamělé osoby, které si s ptáky mohou povídat a jsou schopni jim zajistit bezpečí.

Nezakazujeme ptáky ani pro děti, jsou ale méně vhodné.

Z nejběžnějších druhů bych doporučila andulky vlnkované – jsou nenáročné, dají se snadno ochočit a mohou se naučit i mluvit.

Jsou rády, když mohou volně lítat po bytě – je ale nebezpečí otevřených oken!

Korela chocholatá je podstatně větším ptákem, který se dá také dobře ochočit, vyžaduje společnost. Hodně ale křičí, hlavně po ránu.

Kanáři už moc nejsou – lze je získat od chovatele. Zebřičky a další jsou vhodnější pro zkušenější chovatele a jsou vlastně hlavně krásnou okrasou na koukání, ale ne na mazlení.

Mě se osvědčilo dávat ptáčky starším lidem, kteří hůř slyší, protože zejména andulky mají vyšší hlas a ten staří lidé vnímají. Dokáží si potom u klece s andulkou povídat celé hodiny. Péče o ně není náročná ani časově ani finančně.

AKVARIJNÍ RYBKY

Zařídit si akvárium a udržovat ho v čistotě po celý rok je velká práce a nehodí se pro každého. Jistě je úžasné sledovat rybky, které si poklidně plavou v čisté vodě, ale té práce kolem!

Pokud máte zahrádku, je výhodně mít malé jezírko se „zlatými“ karasy nebo koi kapry, kteří tam dodávají život a pohyb. I zde je hodně práce kolem, ale přeci jen méně než s normálním akváriem doma.

Ostatní domácí zvířata, zejména kočky a psi akvárium milují – dokáží u něj sedět celé hodiny a sledovat rybky. Mimochodem tím mají méně času na ničení zařízení bytu).

Sledovat rybičky rozhodně uklidňuje a proudící voda odnáší stres a zátěže, které člověk za celý den nasbíral.

VODNÍ ŽELVY

Malé vodní želvy jsou roztomilé, ale při správné péči rostou a to až do velikosti 18 – 25 cm. Jsou velmi náchylné k nemocem při jakékoliv změně jejich životního prostředí – musí mít správnou teplotu ve vivariu, jsou masožravé, nesnesou zkaženou stravu. Při poklesu teploty rychle nastydnou a jsou ohrožené na životě – změkne jim krunýř, mohou mít průjem apod. (Naštěstí máme k dispozici homeopatikum Aconitum a tím lze vše zachránit).

Chov želv je tedy finančně náročný a hodí se tedy hlavně pro nadšence.

PAVOUCI

I u nás si lze pořídit kolem 100 druhů pavouků. Pavouci jsou ale jedovatí, sérum proti jejich jedu je k dispozici pro Evropu pouze v Mnichově.. Takže jako domácí mazlíčci – nic moc.

Jsou ale atraktivní pro stále větší počet lidí – čím to?

Je to podobné jako adrenalinový sport – určité nebezpečí, které si myslíme, že máme pod kontrolou, mnoho emocí, které pohled na ně vyvolá u návštěv (nebo i rodinných příslušníků) – nikdo ke mně nejde do pokoje, protože se bojí (štití) pavouka – a tak mám soukromí.

Péče o ně není nijak náročná.

HADI

V podstatě to samé – je to něco exotického, mám agresora, kterého dokážu ovládat a který je na mě závislý – jsem tedy silnější než on.

Jedna pacientka, která má hada, mi vyprávěla, že je to úžasný pocit, když sleduje, jak had fascinuje např. myšku, kterou mu dá k obědu a jak ji potom zhltně.

Pacientka sama měla výrazné hysteroidní rysy a problém s vlastní agresivitou, kterou si tímto utišovala.

V dnešní době jsou také stále více oblíbené

FRETKY

Mají milou a hravou povahu, jsou to ale silné osobnosti, které lze i ochočit. Fretky jsou čistotné, používají např. kočičí záchod, nejsou náročné na jídlo. Spí až 20 hodin denně, takže nevádí, když jsou dlouho samotné. Potom ale vyžadují hraní si, ocení procházku venku. Hodí se pro lidi, kteří jsou hodně zaměstnaní, ale touží po kontaktu a milém hravém společníkovi.

V tomto sdělení nechci mluvit o mnoha dalších zvířatech využívaných v léčbě – ať již jsou to koně, kozy, lamy, ovečky atd., atd.

Chtěli jsme pouze naznačit, jaké možnosti diagnostické i terapeutické skýtá soužití s různými zvířaty, jak je lze využít a naučit tak lidi znovu mít kontakty, pečovat, být nesobecký a přátelský.

Kontakt se zvířaty dokáže zvrátit i závažná onemocnění, navrací radost a lásku a to klidně, jemně, bez velkých emocí, ale hluboko.

I. Literatura:

- 1) Zoran Nerandžić: Animoterapie, aneb jak umí zvířata léčit, Albatros plus, 2006
- 2) Susan Cheranaková McElroyová: Zvířata jako učitelé a léčitelé, Chvojko nakladatelství, 1999
- 3) Jak vybrat dětem zvířátko
- 4) Mazlíčci slavných, Baronet, Zuzana Lochmanová, 1994

MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VIII: PSYCHOSOMATIKA KŮŽE.



Před začátkem balintovské skupiny na Psychosomatické klinice Schwedenstein u Drážďan se vyjádřili shromáždění kolegové, že mohou nabídnout k diskusi pouze pacienty, o kterých toho ještě mnoho neví. Chopil jsem se

tohoto tématu s tím, že se tentokrát soustředíme na aktuální interakce pacienta s terapeutem a pokusíme se vcítěním do obou získat maximum informací.

Jedna psycholožka s právě ukončeným KBT výcvikem představila poté asi padesátiletou atraktivní pacientku, která byla přijata před dvěma týdny na psycho-traumatologické oddělení. Terapeutce však není vůbec jasné, zda prodělala nějaké trauma, nedaří se jí odebrat anamnesu, pacientka přeskakuje z jednoho tématu k druhému, z minulosti do přítomnosti, takže má pocit naprostého chaosu. Tak to vnímá i její kolegyně, jež vede skupinovou traumaterapii, a když to pacientce naznačila, setkala se s příkrým odmítnutím. Ještě více u ní „propadla“, když jí požádala, aby se během skupiny neustále neškrábala – a nepomohla omluva poté, co se dověděla, že pacientka trpí lupénkou, ve vlasech a skoro i na celém těle. Na skupinách se pacientka chovala k ostatním dost necitlivě, někdy až povýšeně.

Referentka si též stěžovala, že pacientka zásadně přetahuje stanovený čas na individuální rozhovory, což vůbec nevnímá, a tím jí nedává šanci sezení ukončit. Dokonce když to naznačuje, a posléze vstává ze židle, hovoří pacientka i nadále. To je nepříjemné, často se tím zkrátí její polední pauza na oběd a někdy jí pak bolí břicho. Na rozdíl od skupinové terapeutky jí idealizuje. Na pozdější dotaz, co jí brání sezení ukončit zdráhavě odpovídá, že nechce sdílet osud oné kolegyně být devalvována. Obává se ostrého konfliktu – pacientka se zmínila o tom, že nesnáší omezení. Ovšem kolegyně se cítila být od ní omezována, kontrolována a manipulována.

V popředí dosavadního sdělení byla cítit nepohoda nad způsobem vzájemné interakce, nad nemožností stanovit terapeutické cíle, resp. nejasností, zdali se jedná o nějaké trauma, zda jde i o psychoterapii lupénky, terapeutka se nedověděla, kdy onemocnění začalo, zda byla již psychosomaticky léčena, co si o tom pacientka myslí. Jen paušálně pacientka všechny dosavadní lékaře, až na svou dlouholetou praktickou lékařku, kritizovala, zvláště pak za své dvouleté infekční onemocnění po porodu svého syna v 18 letech, kdy následovaly gynekologické operace, a poté syn onemocněl meningitidou. Zčásti idealizovala svého před 3 lety zemřelého manžela, jenž dostal z přepracování infarkt myokardu, zčásti sdělila, že podřídila svůj život jeho

kariéře. O intimním a rodinném životě, jakož i výchovných vlivech původní rodiny jsme se nic nedověděli.

Zajímavé bylo, že se v další fázi průběhu balintovské skupiny její členové na tuto důležitá fakta neptali – jako by se opakovala situace mezi pacientkou a terapeutkou. V této souvislosti mi byla nápadná i jiná podobnost: i terapeutka přeskakovala od současných interakcí k anamnestickým faktům, její sdělení mělo volně asociativní ráz.

V další fázi volných protipřenosových fantasií se dostala do popředí zvláště představa vody, jejího proudění mezi pacientkou a terapeutkou bez jakékoli hranice, a s tím spojené pocity vlhka a dokonce až hnusu (hnus je emocionální reakce na průnik něčeho cizího, potenciálně škodlivého do vlastního těla, resp. osobnosti). Na to navázala jiná kolegyně jejím pocitem nepohody a nesvobody, a výsledného podráždění. Další účastníci se zdálo poklidné líčení celého případu v rozporu s obsahem, čehož se chopila přítomná lékařka, jež prožívala k pacientce agresi a považovala jí za egocentrickou a neempatickou k ostatním.

Referentce začalo být jasno, že je hlavním problémem ohraničení, a v závěrečné diskusi se otevřela názoru, že svým postojem podporuje pacientčinu neohraničenost, nechá si vše líbit, nechá pacientku překračovat své hranice, tj. nepodporuje její schopnost se ohraničit. Nadhodil jsem otázku, proč to má pacientka zapotřebí? Co zamlžuje? Čeho se obává? Prvá odpověď zněla: samoty. Když má nad celou situací, tj. nad druhými moc, nemusí se obávat opuštění. Jiní kolegové si vzpomněli, že musí existovat nějaký důvod, proč je na psycho-traumatologickém oddělení a vyslovili domněnku, že se bojí opakování traumatu. Nepřímo to sděluje ve formě traumatického zacházení dosavadních ošetřujících lékařů. Když má sama situaci pod kontrolou, tak se nemusí tolik bát, že někdo bude mít moc nad ní a zraní jí. Zároveň to znamená, jak jsem k tomu poznamenal, že si není jista, zda je schopna se dostatečně bránit, ohraničit se proti druhému, a tak to dělá v předpolí svým interpersonálním chováním – jak mě doplnila vedle mě sedící kolegyně. Pokračoval jsem, že v takovém případě převezme obranu náš povrchový ochranný orgán, tj. kůže, ta však není přizpůsobena přebírat psychické funkce, a tak patologicky reaguje – zde např. lupénkou.

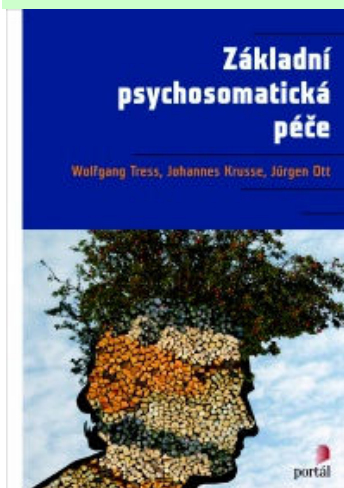
V závěrečné diskusi jsem výše uvedený závěr zobecnil, totiž že manifestní interakční chování bývá obranou proti jeho opaku: zde moc a kontrola ve styku s lidmi slouží coby strategie proti bezmoci a obavy z vydání na pospas traumatizaci. Jak v takovém případě terapeuticky postupovat? Hovořili jsme o tom, že terapeutka musí být vzorem, sama se ohraničit vůči pacientce, ovšem tak, aby jí to empaticky sdělila a sama se vciťovala do pacientky a sdělila jí svoji domněnku, že se pacientka bojí pustit režii rozhovoru z ruky, a zeptat se, zda se obává, že to terapeutka proti ní zneužije, a prohodit s ní, jak by se tomu mohla bránit. Jde i schopnost ke konfliktu. Souhlasil jsem s návrhem jedné kolegyně, že by bylo vhodné se s pacientkou dohodnout, zdali chce na výše uvedené problematice pracovat. Sám jsem zdůraznil, že to nejdůležitější

je otevřít se jak té „nabízené interakci“, tak i tomu, co se pod ní skrývá, aby se s tím mohl pacient svěřit. Ten to testuje a cítí, zdali jej terapeut v celé jeho šíři chápe, ale i tak má samozřejmě z toho nového a obtížného strach, ač si to i přeje. Je důležité si nenechat vnutit určitou roli, nýbrž zaujmout otevřený a empatický postoj – to je ten nejpůsobivější terapeutický faktor.

Referentka měla z průběhu dobrý pocit s tím, že ví, o co jde, necítila se tak chaoticky involvovaná do vztahu k pacientce a získala chuť s ní na dané problematice pracovat.

TEORIE

Wolfgang Tress, Johannes Kruse a Wolfgang Wöller ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 1



V tomto ročníku uvádíme nový seriál překladů z vynikající učebnice Tress W., Kruse J., Ott J. (vyd.), Psychosomatische Grundversorgung. Stuttgart: Schattauer Verlag 2004, ISBN 3-7945-2209-5 v překladu pana Lubora Špíse, která je připravena pro

vydání v nakladatelství Portál v v tomto roce. Otištěno se svolením nakladatelství.

UKÁZKA 1: INTERPERSONÁLNÍ MEDICÍNA

Wolfgang Tress, Johannes Kruse a Wolfgang Wöller

Lékař je v primární lékařské praxi často konfrontován s psychosociálními aspekty onemocnění svých pacientů. Tyto aspekty vyžadují medicínu, která posuzuje celého člověka v jeho somatické, psychické a sociální provázanosti. Pacientovo chování, jeho existenciální orientace, ale také jeho zdraví a nemoc se lékaři dešifrují teprve ve chvíli, kdy pacienta pozná v jeho vztahovém světě. V kontaktech se svými rodiči, s životním partnerem, s dětmi, s kolegy na pracovišti atd., rozvíjí různorodost své osobnosti. Tímto vztahovým světem je

obklopen jako ve skořápce. Porušení této skořápky vede k intenzivním duševním, ale také tělesným reakcím.

Psychosomatická medicína pohlíží na pacienta z hlediska jeho kontaktů ke svému okolí, zvláště v jeho vztazích k bližním. Psychosomatická medicína je medicínou interpersonální.

Vzorový případ 1

Paní A., třiačtyřicetiletá sekretářka, informuje svého lékaře o tom, že již tři roky trpí krvavě-hlenovitými průjmy, křečemi v podbřišku, všeobecnou slabostí a návaly horečky. Vyšetření střev prováděná na interně vedla k diagnóze colitis ulcerosa. Sliznice střev vykazovala odpovídající morfologické změny. Colitis ulcerosa přešla do chronicky recidivujícího průběhu. V přírodovědně-medicínském myšlení stálo v centru diagnózy onemocnění tračníku, tedy určitého izolovaného orgánu. Hledaly se dopady, které má toto onemocnění na jiné systémy orgánů. Tyto informace vedly k diagnostickému a terapeutickému jednání.

Pro porozumění nemoci v psychosomatické diagnostice zvažujeme vedle somatických faktorů také pacientovu psychosociální skořápku. Do centra pozornosti se dostává provázanost tělesných reakcí s vnitřními duševními a mezilidskými problémy pacienta. Jak se to projevuje u pacientky ze vzorového případu 1?

VZOROVÝ PŘÍPAD 1 (POKRAČOVÁNÍ)

Paní A. se jeví jako žena, jejíž mezilidské chování je zcela charakterizováno těsným vztahem závislosti k matce. Paní A. žije sice již několik let ve svém vlastním bytě, ten se však nachází v bezprostředním sousedství jejích rodičů. Až do smrti své matky ji denně navštěvovala. Nebyly jediné Vánoce, které by paní A. nestrávila společně se svojí matkou. Ačkoli byla jako dítě matkou vícekrát těžce tělesně zneužívána, nebyla schopna se od ní odloučit. Podobně intenzivní vztah jako k matce má jen ke svým domácím zvířatům.

Paní A. prožívá sebe samu jako velmi nejistou. Opakovaně zatracuje a odsuzuje sebe samu, když cítí, že ji druzí lidé nepřijímají. Jistotu je schopna cítit pouze tehdy, obětuje-li se pro druhé a získává-li od nich vděk a uznání.

Bezprostředně před propuknutím colitis ulcerosa onemocněla matka paní A. karcinomem prsu. Druhé propuknutí nemoci následovalo po matčině diagnóze prvních vzdálených metastáz, třetí následovalo krátce po matčině smrti. Psychosociální svět pacientky byl podstatným způsobem poškozen onemocněním matky. V těsné časové závislosti na poruchu ve vztahu k vnějšímu světu se rozvinulo somatické onemocnění.

Četné empirické výzkumy odpovídají zkušenostem z lékařských praxí: pacienti často rozvíjejí psychickou či somatickou symptomatiku z časového hlediska bezprostředně po subjektivně zatěžující životní události. Z tohoto důvodu je

riziko onemocnění a úmrtí během dvou let po úmrtí blízké vztahové osoby, např. životního partnera, dvakrát až desetkrát vyšší než u srovnávací skupiny (Helsing a kol. 1981). Zdá se, že zvýšené riziko má zvláště u mužů průběh s dvěma různými vrcholy. V prvním roce po ztrátě důležité vztahové osoby mají ženy i muži zvýšené riziko úmrtí z důvodu akutních událostí, jako např. koronárního srdečního onemocnění. Jeví se, že z dlouhodobého hlediska (až po dobu deseti let) existuje zvýšené riziko úmrtí pouze u mužů. V prvním roce po odchodu do důchodu je úmrtnost mužů vyšší než v jakékoli jiné době. Riziko onemocnění není přitom vyšší z hlediska jedné určité nemoci. Sledované spektrum příčin úmrtí sahá od infekcí, úrazů, duševních onemocnění končících sebevraždou a kardiovaskulárních onemocnění až po karcinomy.

Avšak na základě těchto pozorování se otevírá více otázek než odpovědí. Jakým způsobem je třeba chápat souvislost mezi rozvojem psychogenního onemocnění a mezilidskými konflikty? Jaké možnosti vyjadřování mají psychogenní onemocnění, na kterých jevištích života se znázorňují? Proč se u určitého pacienta rozvíjí tělesný symptom a žádná duševní symptomatika (deprese, úzkostné onemocnění atd.)? Jakými cestami se mohou projevovat duševní konflikty v tělesných symptomech? Tyto otázky se sice dotýkají celé řady centrálních teoretických oblastí (von Uexküll a Köhle 1996), na tomto místě bychom však rádi představili pragmatický kompas pro lékařskou praxi. Za tímto účelem si položíme nejprve následující otázky:

- Co určuje vývoj lidské osobnosti?
- Co nás činí nemocnými (patogenese)?
- Co nás udržuje zdravými (salutogenese)?

3.1 VÝVOJ OSOBNOSTI

Veškeré roviny osobnosti – chování, myšlení, zdravotní stav, pocity a motivy – souvisejí s mezilidskými vztahy, a to buď jako příčina, nebo jako následek. Přitom jde vždy o choulostivou rovnováhu mezi současným usilováním o vazby a o autonomní diferenciaci. Ranné mezilidské interakční vzorce formují osobnost, která se pak relativně stabilně udržuje interakčními zpětnovazebními smyčkami v soužití s důležitými vztahovými osobami (Tress a kol. 1997a). Zdravá osoba má v zásadě sklon k umírněné, samostatné a přátelské pozici vůči druhým lidem, nechává se však také zatahovat do běžných zápletek. Naproti tomu narušené osobnosti jsou zásadním způsobem narušeny v základních lidských motivech vazeb k druhým lidem a současně v autonomním odlišování se od týchž osob.

*V ideálním případě získává dorůstající dítě od svých rodičů dobře dávkovanou směs sestávající z potvrzování, aktivní lásky, rad a popř. ochraňování. Na základě **identifikace** s těmito rodičovskými postoji získává dítě schopnost setkávat se obdobným způsobem také s druhými lidmi. **Internalizace** rodičovského chování vede k určitým typickým očekáváním s ohledem na chování, která dítě (a později dospělý jedinec) vnáší do vztahů s druhými lidmi.*

*Osoba je nastavená tak, jako by internalizovaní rodiče byli ještě přítomní. Na základě **introjekce** rodičovských vzorců je odvozován postoj vůči vlastní osobě, např. podle vzorce: „Zacházím sám se sebou tak, jak se mnou dříve zacházeli moji rodiče.“ Ve zdravém případě je to směs sebezpřijímání, sebelásky, sebeochrany a podpory.*

Schéma 3-1 ukazuje zjednodušený model mezilidského chování a vnitřního duševního prožívání v jeho životně-vývojové danosti na základě fundamentálních mechanismů identifikace, internalizace a introjekce. V případě, že se dítěti dostalo jiné než výše popsané směsi rodičovské náklonnosti, pak z těchto psychologických procesů rezultuje patologický vývoj. Je-li s dítětem zacházeno např. s výrazně nepřátelskou kontrolou (výčitky a obviňování), pak dítě samotné bude vůči druhým lidem zaujímat trvale kritický základní postoj (**identifikace**). Dále bude přecitlivěle reagovat na výpovědi druhých osob – prožívané jako kritiku – tím, že bude tuto kritiku aktuálních vztahových osob prožívat a zpracovávat tak, jako by přicházela od kriticky-odmítajících rodičů (**internalizace**). Kromě toho bude mít tentýž člověk ve vysoké míře sklon k sebeobviňování. Výsledkem bude tedy individuum, které je v zásadě nepřátelské, paranoidní, nejisté a chronicky deprimované a které vykazuje odpovídající tělesné ekvivalenty popř. pocitové koreláty takovýchto postojů. Je nutné počítat s všeobecným psychovegetativním syndromem, spojeným s poruchou normální schopnosti vytvářet přátelské vazby a autonomii ve vzájemnosti.

Narušené osobnosti se vyznačují svým abnormálním chováním při vytváření vazeb, jsou buď příliš přílnaví, nebo příliš nepřátelsky distancovaní. V nejtěžších případech se setkáváme s nevypočitatelnými a častými přechody mezi těmito postoji, např. mezi přátelskostí a nepřátelskostí nebo podřizováním se a vymaňováním se. Nad tento rámec často existuje tendence ke „kontaminované“ komplexní komunikaci, např. k chování, které je na povrchu přátelské, přesto je však míněno nepřátelsky (sladký úsměv, který má indikovat nesouhlas), či k přátelské otevřenosti, která však chce dosáhnout výrazné kontroly („buď spontánní“).

Shrnujícím způsobem je tedy možné popsat normální interpersonální chování jako vazebně-vztažené, přiměřené, flexibilní, stabilní, jednoznačné a kongruentní. Narušené interpersonální vzorce prožíváme jako přerušení vazeb a vztažnosti, jako extrémny mezi podřízeností a naprostou vyvázaností, jako rigiditu, nestabilitu a komplexní rozporuplnost.

Schéma 3-1 Genese a přetrvávání cyklicky-maladaptivních vztahových kruhů a vzorců postojů a chování coby esence psychogenních poruch

- **Introjekce**
- **Internalizace**
- **Identifikace**

- **Blokovaná přání a obavy pacienta**
- **Interakční chování pacienta**
- **Re-akce druhých**
- **Vztahování se pacienta k sobě samému a zacházení pacienta se sebou samým**

3.2 PATOGENESE – CO NÁS ČINÍ NEMOCNÝMI?

O našem duševním, sociálním a psychosomatickém zdraví či nemoci rozhodují podpurné a patogenní momenty individuálního životně-historického prostředí, které je však přirozeně zakotveno v odpovídajících časových a celospolečenských poměrech. Emocionálně nezdravá prostředí vedou k takovým vnitřním duševním modelům mezilidských vztahů, které podstatným způsobem uhýbají od běžné základní pozice vytváření vazeb a diferenciací. Tak např. děti, které byly tělesně zneužívány, mají jako adolescenti či dospělí jedinci sklon k sebepoškozování, a to zvláště v situacích, které vyvolávají úzkost nebo budí pocity opuštěnosti. Toto chování vysvětlujeme tím, že obavy toho, který zraňuje sám sebe, se snižují na základě introjekce dřívější osoby, která dítě zneužívala, jelikož tím vzniká alespoň nějaký pocit vazby na zvnitřněný obraz minulosti.

Příklad nám názorně ukazuje, jak se vznik a spouštění psychogenních onemocnění váže k psychosociální biografii příslušného individua. Jedná se o klinicky relevantní poruchy přizpůsobování se jako výraz konfliktního, interakčně, popř. situačně vztaženého a osobnostně specifického zpracovávání prožitků.

Psychogenní onemocnění jsou vztahové nemoci. Podle psychodynamicky hlubinně-psychologického pojetí se jedná o nevědomá rezidua ranně dětských deficitů a konfliktů, které brání optimálnímu přizpůsobování se aktuálním požadavkům vnitřní a vnější reality.

Zcela v souladu s psychoanalytickou nosologií je z epidemiologických a klinických výzkumů známo, že psychogenně nemocní pacienti byli v porovnání se zdravými výrazně častěji vystaveni negativně zatěžujícím zkušenostem ranně dětské traumatizace (odmítání těhotenství a narození dítěte, náhlá ukončení vztahů, konfliktní rodinná atmosféra, ranně dětské emocionální zkušenosti nedostatku nebo ztráty primárních vztahových osob, emocionální deficit v ranných interakcích mezi matkou a dítětem, zkušenosti s násilím, chladně korektní styl výchovy). Na druhé straně víme také o dědičně-genetických vlivech na utváření psychogenních obtíží (Heigl-Evers a Schepank 1980/81, Schepank 1990b). Pro psychogenní onemocnění, jako např. nutkavé neurózy či anorexii nervosu, byly ve sdužených a adopčních studiích prokázány dědičně-genetické vlivy tohoto druhu. Výše uvedené skutečnosti nám však nedávají žádný podnět pro terapeutickou rezignaci,

nýbrž spíše přispívají k realistickému odhadování možných terapeutických cílů.

Z výzkumu rizikových faktorů v dospělém věku vyplývá, že chronicky psychogenně nemocní pacienti/pacientky jsou ve srovnání se zdravými lidmi již na začátku nemoci méně často ženatí/vdané. Výše uvedenému odpovídá, že patologie partnerských vztahů je u psychogenně nemocných pacientů mnohem vyhraněnější (Franz a kol. 1995). S ohledem na jejich sociální kompetence a atraktivitu dopadají psychogenně nemocní pacienti také mnohem hůře. Disponují relativně nezralými formami duševního zpracovávání, vykazují výrazněji vyhraněné kontaktní poruchy a mají odpovídajícím způsobem také častěji vztahové konflikty. Dále dostávají sami sebe do konfliktních situací, které spouštějí symptomy. Svůj obraz sebe sama popisují jako „bezbranný a depresivní“. Podle toho spočívá hlavní problém psychogenně nemocných pacientů v jejich narušené schopnosti vytvářet a udržovat uspokojivé vztahy v užším životním prostoru. Tato snížená interakční kompetence je tedy centrální pro nepříznivou prognózu průběhu psychogenních onemocnění.

Ale již dětská vývojová období psychogenně nemocných pacientů jsou mnohem výrazněji zatížena stresory. Mluví se často o neurotických symptomech a úzkostech v dětství a o obtížích v mateřské školce a škole. U velmi těžce nemocných vidíme, že mimořádně důležitá fáze zcela raného vztahu k matce byla vysoce traumatická. Nadprůměrně časté jsou u těchto pacientů nemanželská narození, časná odloučení od matky či jiná raně dětská zatížení. V pozdějších stádiích vývoje (sekundární socializace ve věku základní školy a v prepubertě) roste význam role, popř. přítomnosti otce. Výrazně narušená schopnost psychogenně nemocných pacientů vytvářet vztahy a mezilidské kontakty má tedy své kořeny již v raném dětství.

3.3 SALUTOGENESE – CO NÁS UDRŽUJE ZDRAVÍMI?

Lékařské myšlení a jednání se orientuje v první řadě podle etiopatogenetických modelů a mechanismů při vzniku nemocí a – dostávají-li se do popředí preventivní hlediska – podle odvracení rizik. Komplementární a stejně důležitá problematika se přitom dostává téměř zcela do pozadí. A sice: jak je možné, že určitá osoba si přes četné mikrobiologické, chemické, fyzikální, psychologické, sociální a kulturní podmínky, jež vyvolávají nemoc, zachovává své zdraví? Sociolog Aaron Antonovsky (1987), který naposledy působil v Izraeli, zformuloval pro tuto otázku pojem salutogenese. Zformulováním tohoto pojmu byl vznesen požadavek, aby podmínky pro stav zdraví a setrvávání ve zdraví (Public Health) byly zkoumány se stejnou intenzitou jako vědecké osvětlování patogenetických souvislostí.

Tento požadavek je vzhledem ke stále se zužujícím finančním prostředkům zcela aktuální také pro naši vysoce technizovanou kurativní medicínu, a to jak ze zdravotně-politického, tak ekonomického hlediska. Ve věku prevence jsou

však preventivní opatření často spojována pouze s požadavkem vyhýbat se takovým způsobům života, které jsou spojeny se zvýšenými riziky, jako by „zdravý způsob života“ byl schopen dostát komplexnosti těchto věcí. Také v psychosomatické medicíně se toto nové paradigma těší již velké oblibě, ačkoli nebývá kolikrát jasné, co se salutogenetickým úhlem pohledu vlastně myslí. Výzkum již byl přitom schopen zjistit četné salutogenetické faktory, které se v psychoterapeutické praxi následně objevují např. jako zdroje.

Podklady pro to poskytuje v první řadě protektivní výzkum, který je v posledních desetiletích nesmírně plodný a který má svůj počátek v nálezech z prospektivních studií, jako např. **Child-Guidance Study**, podle níž duševní vývoj mnohých dětí probíhal, i přes závažná biologická, sociální a psychologická rizika, proti očekávání příznivě. V jejich biografiích se setkáváme s **protektivními faktory**, které je chránily před pozdějším psychickým onemocněním.

*Kompetence, přesvědčení, že můžeme rozpoznávat, chápat a ovlivňovat důležité věci v životě, sebedůvěra, aktivní formování vztahů a flexibilní schopnosti vypořádávání se a zpracovávání přitom stojí – coby vlastnosti osobnosti – na prvním místě. Tyto vlastnosti jsou konstituantami druhého centrálního pojmu protektivního výzkumu, **odolnosti** či „**resilience**“.*

Epochální dlouhodobá studie prováděná Wernerem a Smithem (1982) od poloviny padesátých let na havajském ostrově Kauai, jež byla zaměřena na sociálně, ekonomicky a z hlediska vzdělávání silně znevýhodněné děti, a nálezy, které evaluoval Tress (1986) na datovém materiálu Mannheimského kohortového projektu (Schepank 1980a, 1977b) dokazují, že základ rezistence je možné vidět v pozitivních vztahových zkušenostech v ranném dětství.

Důležité nálezy tohoto druhu v sobě ukrývají nevýhody statického úhlu pohledu (**resilience** jako do jisté míry trvalý ochranný štít), stejně jako porozumění protektivním faktorům coby rizikovým faktorům, které se převrátily do pozitivního. Jde ale o to nacházet faktory, které mají pozitivní efekt per se, a mohou tak chránit proti psychogenním onemocněním. K tomu přistupuje ještě skutečnost, kterou si vědci uvědomili relativně pozdě, a sice že protektivní faktory se uplatňují pouze v přítomnosti rizik. Fungují pak jako „pozitivní counterpart“ rizikového faktoru nebo dokonce jako „inhibitor“ patogenetických procesů. Tím dochází k přechodu od statického k dynamickému protektivnímu pojmu a k intenzivnějšímu sledování protektivních mechanismů a procesů (Reister 1995). Protekce tedy není izolovaným fenoménem, nýbrž se ukazuje jako moderující proměnná v komplexní hře a protihře s ohledem na riziko.

Pokusíme-li se zachytit tyto projektivní mechanismy a procesy prostřednictvím trajektorových analýz či matematických strukturních srovnávacích modelů, pak je zřejmé, že v centru protektivního a tedy salutogenetického procesu stojí vlastnosti osobnosti jako vztahové zkušenosti zformované ve schopnosti

opatřit si sociální podporu (instrumentální a emocionální podporu), popř. jí přijmout (Reister 1995).

3.4 ZÁKLADNÍ KONCEPTY KOMUNIKACE – CYKLUCKY-MALADAPTIVNÍ VZTAHOVÝ KRUH (CMP) A STRUKTURÁLNÍ ANALÝZA SOCIÁLNÍHO CHOVÁNÍ (SASB)

Výše jsme se s psychogenními onemocněními seznámili nejprve zcela obecně jako s výrazem poruchy ve vztahu k prostředí, zvláště pak poruchy v mezilidských vztazích. Komunikace a interakce pacienta s jeho sociálním prostředím stojí v centru interpersonální, psychosomatické medicíny. Z tohoto důvodu bychom rádi předeslali nejprve některé **základy komunikace**.

Dvě osoby, které se vzájemně dorozumívají a vzájemně se ovlivňují, spolu komunikují nebo interagují. Tyto osoby se přitom mohou dorozumívat jak **verbálně** – slovy, tak **nonverbálně** – jednáním, gesty, mimikou či výrazem v obličeji (Virgas 1992). Kanály komunikace probíhají velmi různorodě a často také zmateně, i tak je ale neustále využíváme.

Nepřetržitě komunikujeme s druhými lidmi. Je to základní podmínka našeho života. „Nemůžeme nekomunikovat“ (Watzlawik a kol. 1990, s. 53).

Také mlčenlivé stahování se pacienta do sebe, např. při rozhovoru s lékařem, či v partnerství přehlíživé chování vyjadřující nezájem má určitý komunikativní aspekt. Mlčení může obsahovat např. protest, bezvýchodnost, bezmocnost. Stažení se ze vztahu je rovněž nutné číst jako poselství – podobně jako slova či gesta.

*Každá komunikace má určitý obsahový a vztahový aspekt. **Obsahový aspekt** zahrnuje jazykově zprostředkovaná obsahová fakta, zatímco **vztahový aspekt** se vyjadřuje často nevědomě v nonverbálních sděleních jako v tónu hlasu, v emocionální vyladěnosti a v řeči těla. Jak můžeme dobře pozorovat v našem každodenním životě, je účinek našeho poselství určován převážně vztahovým aspektem naší komunikace.*

Pokud nějaký člověk, např. při nějaké hádce, křičí a tvrdí: „Já jsem přece úplně klidný“, pak nečiníme náš úsudek z artikulovaných slov tohoto člověka (obsahový aspekt), nýbrž z velmi vzrušené formy, v níž nám tento člověk svá slova sděluje (vztahový aspekt).

Také v lékařské praxi hrají *rozdíly mezi obsahovým a vztahovým aspektem* velkou roli. Řekneme-li např. nějakému pacientovi: „Nyní máme čas, abychom mluvili o určitém problému“, pak bude pacient hledat nonverbální signály, které mu zprostředkují, do jaké míry si lékař tento čas skutečně udělá. Necháme-li si pak mezitím přinést výsledky z laboratoře a procházíme-li je, telefonujeme-li pobaveně s nějakým kolegou, díváme-li se pravidelně na hodinky, pak bude pacient tyto signály vnímat a přizpůsobí jim své chování.

Možná se stáhne a v konzultaci nedostane žádný prostor pro to, aby vylíčil svoji osobní problematiku.

3.5 CYKLICKY-MALADAPTIVNÍ VZTAHOVÝ KRUH (CMP)

Komunikace je procesem vzájemného ovlivňování. Naše chování ve vztazích je – jak je popsáno v kapitole 3.1 – formováno naší osobností a biografií, přesněji vyjádřeno naším vývojem zformovanými introjekcemi, internalizacemi a identifikacemi (schéma 3-1). Tyto představy – zvláště naše internalizace (s. 22) – nám umožňují, abychom vnímali jednání našeho interakčního partnera, interpretovali je a ověřovali, jaké fantazie v nás vyvolává. Také chování našeho interakčního partnera je určováno jeho osobností a biografií, ale také jeho vnímáním a interpretací našich akcí.

*Interakce se odehrávají po způsobu **regulačního obvodu**. Obvod nemá ani začátek, ani konec. Příčinu a účinek od sebe není možné oddělit, vztahují se k sobě navzájem. Podobně jako naše chování, tak i náš vnitřní svět, naše pocity, náš pohled na nás samotné i náš pocit vlastní hodnoty jsou spoluvytvářeny na základě interakcí.*

Vzorový příklad 2

Jednadvacetiletý student chemie, pan N., se obrací na poradenské centrum. Mimo jiné trpí nedostatkem mezilidských kontaktů. Žije zcela izolovaně od svých spolužáků na vysoké škole. Jelikož nemá žádné přátele, jak tvrdí pan N., cítí se méněcenný. Kontakty se přerušily po krátké době, protože jiní lidé o něho neměli žádný zájem. Žije osaměle, pracuje intenzivně na svém počítači a zdá se, že usiluje o to, aby se dalším kontaktům vyhýbal.

O svém dětství pan N. říká, že byl vícekrát po celé měsíce odloučen od svých rodičů. Jeho otec, alkoholik, ho často bil a ponižoval před celou rodinou. Při těchto sporech se matka stavěla na stranu otce, ačkoli na něho v jeho nepřítomnosti nadávala. Pan N. se od svých rodičů již velmi brzy vnitřně odtáhl. Tímto stáhnutím se chránil ve svém dětství – ale také v současných vztazích – před pocitem opakovaného zklamání („moje rodiče mě opět ponížili a zradili“) a pocitem úzkosti a studu. Jelikož pan N. nevědomě očekává, že spolužáci se budou chovat stejně jako jeho rodiče, odtahuje se také od nich, a může tak unikat obávaným pocitům zklamání, úzkosti a studu.

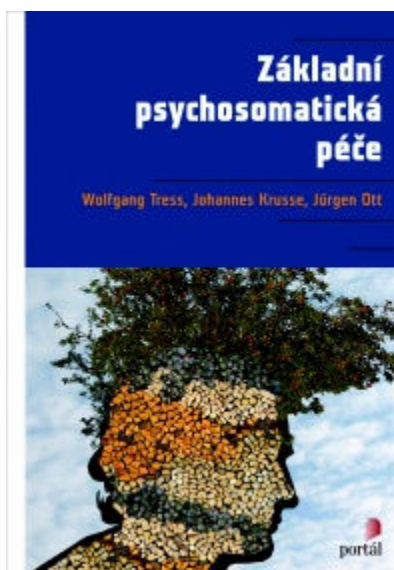
Jakým způsobem je možné zachytit tyto procesy mezi interpersonálním prožíváním a chováním na straně jedné a vnitřními duševními procesy na straně druhé? V kapitole 3.1 byl popsán zjednodušený model mezilidského chování a vnitřního duševního prožívání na pozadí individuální biografie. V tomto pragmatickém diagnostickém schématu (schéma 3-1), které vychází ze Struppa a Bindera (1991) a bylo modifikováno Tressesem a kol. (1996), se objevují čtyři vlastnosti, které charakterizují vztahový cyklus. Na základě těchto vlastností vyhotovíme ze zprávy pacienta **vztahovou diagnózu**:

1. **Blokovaná, frustrovaná přání pacienta směřovaná k jeho okolí a místům nich převládající negativní očekávání a obavy vůči vztahovým osobám (**internalizace**):** na jedné straně můžeme pozorovat otevřená a tajná přání, fantazie a pocity pacienta, na druhé straně ale také předem učiněná očekávání a obavy z toho, jak na něho jako osobu budou druzí lidé skutečně reagovat. Vědomá a nevědomá očekávání mají velmi reálné důsledky. Určují chování. Člověk tak často nerealizuje svá přání, pokud např. očekává, že se mu druzí vysmějí nebo že ho budou znevažovat. V našem příkladu si pan N. přeje kontakt s druhými lidmi a blízkost, očekává však, že se spolužáci – podobně jako rodiče – stáhnou nebo jej agresivně odmítnou, jak to dělal jeho otec, neboť: pan N. internalizoval svého otce.
2. **Interakční chování pacienta (identifikace):** na základě líčení pana N. se pokusíme načrtnout obrázek o jeho zjevném i skrytém chování v jeho vztazích k důležitým vztahovým osobám, a to také vůči nám. Toto chování je formováno především obávanými reakcemi druhých. V identifikaci s jedním ze svých rodičů se pacienti – ve většině případů – ukrývají do svého „šnečího domečku“ nebo přecházejí do protiútku. Pan N. se stahuje do světa knih a počítačů, přičemž se – v identifikaci se svým samotářským otcem – vyhýbá klíčovými mezilidským kontaktům.
3. **Re-akční chování druhých vůči pacientovi:** Evidujeme reakce druhých lidí na chování pacienta, které nám pacient sám líčí, všímáme si ale také impulsů a fantazií, které zaznívají v nás samotných v re-akci na pacienta a které lékař cítí jako své reakce na pacienta. Reakce druhých lidí jsou určovány také tím, jak vnímají a interpretují pacientovo chování.
V našem příkladě si spolužáci nevykládají stahování se pana N. do sebe jako strach ze vztahů, nýbrž jako nezájem. Na stahování pana N. do sebe reagují odtahováním se. Z tohoto důvodu s panem N. nevstupují do žádného kontaktu.
4. **Chování a vnitřní postoj pacienta k sobě samému (introjekce):** jakým způsobem zachází pacient se sebou samotným – panovačně, opovržlivě, sebekriticky, uznale, zvědavě na sebe samotného, bez zájmu o sebe samotného, podpůrně atd. Zvláště negativní obraz sebe samotného je posilován reakcemi druhých lidí, přičemž je nutné dbát na to, jakým způsobem pacient vnímá a interpretuje reakce druhých lidí. Introjekce je přitom na straně jedné pod vlivem dřívějších zkušeností: prožívám sám sebe a zacházím sám se sebou dnes tak, jak mě dříve prožívali a jakým způsobem se mnou zacházeli moji rodiče. Na druhé straně jsou právě znevažování sebe sama, nenávisť sebe sama (sebevražda!, viz. s. 188 ff.) a zanedbávání sebe sama (závislosti, „žít v daný den“) rychle zesilovány a dále upevňovány odpovídajícím chováním druhých lidí.

Pro pana N. znamená ukončování začínajících kontaktů potvrzování jeho názoru, že není pro druhé lidi zajímavý a hodnotný, takže opovrhne sám sebou (introjekce otce a matky). Není schopen vidět chování svých spolužáků jako „logickou“ reakci na své vlastní chování, nýbrž jej utvrzuje v jeho představě, že kontakty s druhými lidmi končí pouze zklamáním. Tímto způsobem tyto zkušenosti potvrzují a zesilují opakovaně obavy pacienta vůči druhým lidem (viz. bod 1).

RECENZE

Vladislav Chvála: RECENZE ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE (TRESS W., KRUSE J., OTT J. (VYD.), *PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG*. STUTTGART: SCHATTAUER VERLAG 2004, ISBN 3-7945-2209-5, PORTÁL 2008)



1. DO JAKÉHO PROSTŘEDÍ KNIHA PŘICHÁZÍ?

Vydáním českého překladu Základní psychosomatické péče německých autorů, především z düsseldorfské školy, splácí nakladatelství Portál dluh za všechny ostatní české vydavatele. Téměř dvacet let po pádu železné opony se naší odborné veřejnosti dostává do rukou zřetelná informace o zpoždění, které za vývojem německého zdravotnictví máme. Zatím co v Německu byla zavedena základní psychosomatická péče do smluvní lékařské péče už v roce 1984, u nás ještě nedávno významní

představitelé české lékařské společnosti prohlašovali, že nechápou, proč se

tady ještě vůbec někdo snaží vzkřísit psychosomatickou medicínu, když je dávno mrtvá.

Mluvíme-li o zpoždění naší medicíny, máme na mysli oblasti naplňování bio-psycho-sociálního modelu nemoci, kde zaostáváme nejvýrazněji, protože v oborech závislých více na technologii než na komunikaci, není rozdíl tak zřetelný. Je tomu tak mj. proto, že psychosomatická medicína, bouřlivě se rozvíjející především v německy mluvících zemích v první polovině dvacátého století, byla po válce citelně oslabena odmítnutím filosofické tradice poraženého Německa i s medicínou a dalšími vědními disciplínami založenými na vynikajících osobnostech německé přírodovědy. Na uvolněné místo nastoupil anglosaský typ medicíny založený na poněkud jiných principech, ovlivněný rozvíjejícím se průmyslem zobrazovacích technologií a chemie pod taktovkou volného trhu. Snad jen psychoanalýza unikla této poválečné „výměně paradigmat“, jistě proto, že byla nacistickými ideology, stejně jako později ideology komunistickými, tvrdě odmítána. Válečnou vřavu přečkala dvě významná centra psychosomatické medicíny založená na psychoanalýze, kliniky v Göttingenu a Heidelbergu. Paralelně s nimi se rozvíjela psychosomatika v rehabilitačních léčebnách a v lázních.

Jak známo, v zemích východního bloku, kam patřilo také tehdejší Československo, převažovala i ve vědě ideologie nad zdravým rozumem. Díky tomu se psychosomatická medicína dostala velmi brzy na index zakázaných „buržoazních pavěd a přežitků“, podobně jako třeba kybernetika, psychoanalýza, moderní umění a jazz. Brzy po skončení války se předválečná generace lékařů pokusila rozvinout psychosomatiku v nových podmínkách. Jeden z prvních pokusů zavést komunitní terapeutické metody a pracovní terapii do lázeňské léčby probíhal v Lázních Libverda v severočeském pohraničí. Začínal zde svou kariéru například Jaroslav Skála, ale projekt podporovaný psychiatrickou klinikou v Praze brzy zanikl. Pokud ještě v padesátých letech přežívalo psychosomatické myšlení na některých klinikách a na katedrách lékařských fakult, bylo to proto, že zde pracovali lékaři vychovaní v předválečném Československu. Ale s jejich odchodem, často nedobrovolným, postupně ubývalo vlivu, až nebylo nikoho, kdo by psychosomatické souvislosti zdraví a nemoci studentům lékařských fakult vysvětloval.

Domnívám se, že psychosomatiku pro lékaře zachránili u nás především psychologové, v jejichž studijních materiálech bylo sotva možné se upnout jen na biologické aspekty lidské existence. Psychoterapie však není totožná s psychosomatikou. Aplikaci psychoterapeutických principů a zkušeností do běžné medicínské praxe se věnuje právě předkládaná učebnice. Její nejsilnější stránkou jsou, jakkoli se to může zdát českému čtenáři neuvěřitelné, evidence based medicínské základy a zaměření na praxi. Čtenář zde kromě jiného najde jasné ekonomické argumenty ve prospěch psychosomatické medicíny. Existují totiž také ekonomické důvody, proč je nezbytné o prosazení psycho-sociálních aspektů do biologické medicíny usilovat. Strmě stoupající

křivka nákladů na naše zdravotnictví je jasným argumentem, vedle stále zřetelnějších komunikačních problémů mezi lékaři a pacienty.

Psychosomatická medicína, jak je předkládána düsseldorfskými lékaři, je především medicínou komunikační. Není to medicína zasvěcených intelektuálů, hypotetizujících o existenciálních rovinách člověka nesrozumitelným jazykem. Snaha přesvědčovat pacienta o tom, že jeho potíže jsou „od nervů“, nebo dokonce jen „od hlavy“, jak může dodnes mnohý zaslechnout v českých ordinacích, byla již opuštěna. Koncepce knihy stojí rovnoměrně na psychoanalytických i systemických teoriích spolu s teorií učení. Psychoanalytická teorie je nenahraditelná především pro pochopení komunikace mezi lékařem a pacientem, systemická teorie zase ukazuje význam symptomu jako systémové vlastnosti celku, v němž člověk spočívá. Sloučení těchto teoretických rovin se zdálo donedávna nemožné. U nás se dosud někteří představitelé starobyle analytické školy drží stranou od postmoderních a snad i módních škol vycházejících ze systemické a systémové nebo sociálně konstrukcionistické perspektivy. Vzácně vyrovnaná koncepce této knihy, respektující jak intrapersonální tak interpersonální či biologickou realitu, může být pro nás příkladem tolerance a vzájemného obohacení při setkání lidí různých oborů a vyznání.

2. CO JE TO ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE?

Vzhledem k tomu, že každá nemoc má jak biologické tak psychologické, sociální a duchovní aspekty, měla by být psychosomaticky, přesněji bio-psycho-sociálně orientovaná medicína celá, každý lékař. Vzhledem k důrazu na biologické vzdělání lékařů a stále větší specializaci je takový požadavek zřejmě nemožné naplnit. Sama specializace na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu po vzoru ostatních oborů, nemůže problém řešit. Psychosomatictí pacienti navštěvují všechny ordinace a zatěžují prakticky všechny obory. Ani rozvinutý segment samotné psychoterapie nemůže dostatečně pomoci. Mezi segmentem biologicky orientovaných lékařských praxí a segmentem psychoterapeutických pracovišť u nás chybí mezistupeň, nazvaný v Německu segment základní psychosomatické péče. Ten musí mít dostatečnou kapacitu pro zachycení velkého počtu psychosomatických pacientů, schopnost je netraumaticky ošetřovat, pomoci těm nejběžnějším, rozpoznat ty z nich, kteří vyžadují specializovanou péči, bez které nelze čekat úzdravu, případně je převést do segmentu psychoterapie. Co je nutná kvalifikace pro účast na základní psychosomatické péči? Podle pozměněných ujednání o psychoterapii v Německu (§ 2, odstavec 6) sem od 01.01. 1994 patří následující:

- tříletá zkušenost v samostatné lékařské činnosti
- znalosti o vývoji, o jednotlivých formách a průbězích psychosomatických onemocnění včetně diferenciálně diagnostického vymezení vůči neurózám a psychózám a znalosti o dynamice nemoci a rodiny, interakci ve skupinách, vypořádávání se s nemocí (coping) a o diferenciální indikaci psychoterapeutických metod (20 výukových hodin)

- reflexe vztahu mezi lékařem a pacientem na základě kontinuální práce v Balintovské nebo sebezkušenostní skupině v délce trvání minimálně 30 hodin (to znamená v případě Balintovské skupiny minimálně 15 zdvojených hodin)
- zprostředkování a nácvik verbálních intervenčních technik v délce trvání minimálně 30 hodin
- dalších minimálně 20 hodin, které s ohledem na individuální danosti mohou sloužit zintenzivňování znalostí, zkušeností a dovedností uvedených v bodě dva a tři

Právě pro tyto lékaře byla napsána recenzovaná učebnice.

3. CO VŠECHNO K TOMU UČEBNICE NABÍZÍ?

V kapitole *Základy* se autoři věnují historii psychosomatické medicíny a definují medicínu interpersonální. Ta nezbytně stojí na znalosti vývoje osobnosti, patogeneze ale i salutogeneze s poznáním, že jak nemoc tak zdraví jsou závislé na vývoji a fungování nejbližšího sociálního okolí člověka. Autoři se zde opírají o pojem cyklicky maladaptivní vztahový kruh (CMP), kterým poukazují na teorii učení a systemickou teorii. Tím podstatně přesahují pouhé kognitivně-behaviorální pojetí. Rodinného systemického terapeuta právě tak jako transakčního analytika vyloženě potěší logické zařazení kapitoly „Symptom jako výraz interpersonálních procesů“, nebo „Manifestace psychogenních onemocnění v tělesných a sociálně-komunikačních interpersonálních symptomech“. Ani teorie konverzních poruch nepřišla zkrátka, ale dostává zde nové pojetí také s ohledem na znalosti systému: „Tělesná symptomatika jako symbolický výraz konfliktu (konverze)“. Vliv analytické teorie je také nepochybný a nijak si nepřekáží s jinými směry. V rámci obecné kapitoly je přidáno prakticky zaměřené pojednání o rozhovoru mezi lékařem a pacientem, které může být dobrým vodítkem pro naše lékaře. Problematika je dále rozdělena do jednotlivých větších částí na

- onemocnění s primárně tělesnou symptomatikou
- onemocnění s primárně vnitřní duševní symptomatikou
- onemocnění s poruchami chování
- životní krize a jejich zpracování.
- Poslední část pak je věnována léčbě.

První část věnovaná *onemocněním s primárně tělesnou symptomatikou* obsahuje informace o psychosociálních aspektech speciálních klinických obrazů nemoci. Zvláště se autoři věnují poměrně krátce problematice somatoformní poruchy. Dále nemocem oběhového, dýchacího a trávicího traktu, kde má své místo také *ulcus ventriculi et duodeni*, *colitis ulcerosa* a *morbus Crohn*. U každé takové významné jednotky uvádějí autoři nejen předpokládaný nejčastější obraz osobnosti pacienta, ale hlavně, a to je

nejcennější, možnosti komplikací ve vztahu pacienta s lékařem, ke které má příslušná pacientova osobnost tendenci. Je zřejmé, a autoři to vyslovují, že na specifickou problematiku somatizace ve smyslu Alexandrovovy teorie již nelze sázet, ale jisté osobnostní rysy tvoří vhodný terén pro nejruznější vztahové komplikace a cyklicky-maladaptivní vztahové kruhy.

Do této části patří také onemocnění látkové výměny, kde je probrán diabetes melitus. Dále poruchy příjmu potravy, kde není zanedbán rodinně terapeutický pohled. Autoři nezapomněli ani na psychosomatickou problematiku nadváhy. Věnují se dále častým ortopedickým klinickým obrazům nemoci. Jako jednu z nejčastějších psychosomatóz označují bolesti zad a navrhují komplexní program péče o tyto poruchy. Nevynechali ani primární chronickou artritidu, generalizovanou tendomyopatii, morbus Sudeck a distorzi krční páteře. Za specifickou, u nás prakticky nerozeznávanou poruchu, která se nejčastěji váže k uvedeným symptomům probírají neurotické požadování předčasného odchodu do důchodu, kterému věnují celou jednu kapitolu. Zde je nejlépe vidět, jakou pozornost věnují v Německu ekonomickým otázkám, protože právě zbytečné předčasné odchody do důchodu, které ve skutečnosti neřeší zdravotní problém pacienta, dělají společnosti velké škody.

Autoři nemohli vynechat pokožku jako hraniční orgán s ohledem na vztahové pole člověka. Zde probírají podrobněji neurodermatitidu, urtikarii, psoriasis, akne vulgaris a arteficiální dermatózy. Další kapitola je věnována onemocněním v oblasti krku nosu a uší jako je funkční ztráta sluchu, tinitus, psychogenní porucha sluchu, funkční dysfonie, psychogenní afonie a syndrom sevřeného hrdla, jehož zařazení jistě potěší pana prof.Mařatku.

Některé naše neurology možná nepotěší kapitola věnovaná některým častým neurologickým klinickým obrazům nemoci, když bolestivé poruše se věnují v samostatné kapitole. Neurologové tak mohou čerpat inspiraci k ovlivňování tak obtížných a velmi častých symptomů jako jsou bolesti hlavy, závrať, poruchy spánku nebo funkční obrny, poruchy senzibility a senzorické výpadky.

Základní psychosomatická péče nemůže samozřejmě chybět v gynekologické a porodnické praxi. Popsány jsou nejčastější klinické obrazy nemocí jako poruchy krvácení a cyklu, sekundární amenorea, dysmenorea, premenstruační a klimakterický, chronicky recidivující bolesti v podbřišku, pruritus vulvae, výtok, urogynekologické poruchy, mastodynies, sterilita, vedlejší účinky antikoncepce, o nichž možná převážná část českých gynekologů ani neví, že mají vedle biologických také významné psychosociální pozadí. Málo se toho v české kotlině ví také o psychosomatické poruch těhotenství, jako jsou hyperemesis gravidarum, abortus imminens a spontánní potrat, předčasné porodní bolesti a předčasný porod nebo EPH gestóza (přesněji: nevědělo se v době, kdy jsem gynekologii a porodnictví sám praktikoval). Jako sexuolog musím ocenit, že autoři nevynechali ani funkční sexuální poruchy, které nesporně patří mezi časté symptomy pacientů sexuologické ordinace, a navíc jsou často v pozadí jiných somatizací v ordinacích různých jiných odborníků, protože představují napětí

v partnerském subsystému rodiny. Všechny tyto stavy jsou pojednány z hlediska praxe, typické situace nebo osobnostních rysů pacienta a možných komplikací ve vztahu lékař- pacient, uváděny jsou ilustrativní kasuistiky.

Další část je věnována *onemocněním s primárně vnitřní duševní symptomatikou*, kde se náš psychiatr ocitá na pevnější půdě, totiž v oblasti diagnóz malé psychiatrie, úzkostné a nutkavé poruchy a dále deprese a sebevražednost. Čtenář i zde může najít nové inspirace pro svou praxi, přestože v nedávné době u nás vyšly nejméně tři rozsáhlé publikace věnované psychiatrii. Především praktické zacházení se sebevražednými tendencemi pacienta, diagnostika i návrhy terapeutické práce s těmito v praxi jistě nesnadnými pacienty budou pro praktické lékaře velmi cenné.

Část věnovaná onemocněním s poruchami chování, kde je zařazena problematika závislosti na alkoholu, sedativech a hypnoticích, se může zdát z hlediska psychosomatiky již okrajovou, ale v běžné psychosomatické praxi tomu tak není. Přestože je u nás celkem dobře rozvinutý segment léčby závislosti, v době, než je závislost diagnostikována, mohou tito pacienti značně komplikovat práci každého lékaře. Chyby, kterých se dopustíme této fázi léčby se musí později pracně napravovat. V této části je také popsána problematika obtížného pacienta vůbec. U nás se mu snad z jakési falešné slušnosti nevěnuje příliš pozornosti, ale závislý a vyžadující pacient komplikuje život mnoha lékařům, nerozpoznán neúměrně zvyšuje náklady na zbytečnou léčbu. Řešením přitom rozhodně není rozpoznání a odmítnutí léčby, ale pevnost, rozhodnost a kompetentnost lékařova jednání. Také u nás přibývá problémů s agresivními pacienty, kterým je v předkládané publikaci věnována celá kapitola.

V této části knihy najde čtenář samostatnou kapitolu věnovanou rodinné terapii. To není z hlediska rodinné terapie chyba, když jinak je terapii věnovaná samostatná poslední část knihy. Pacientem z pohledu rodinné terapie není totiž jedinec ale rodina celá. Toto pojetí přináší nové aspekty v léčbě. Spolupráce rodiny se zdravotníky může být velmi různé, od náhodných kontaktů s jednotlivými členy rodiny přes soustavnější edukativní spolupráci rodiny s chronicky nemocným členem až po vysoce kvalifikovanou rodinnou terapii celé rodiny s nejrůznějšími chronickými chorobami, poruchami chování nebo krizí. Autoři uvádějí přehled takových možností vedle základů systemické rodinné terapie a psychosociální typizace nemocí. To může být pro našeho lékaře, který se často s rodinnou terapií nesešel, základem pro spolupráci s některým z vyškolených rodinných terapeutů v jeho okolí.

Dobrou orientaci v problematice dětství a dospívání poskytne praktickému lékaři i specialistovi kapitola věnovaná dětství od kojeneckého věku po pubertu napsaná Gudrun Ottovou. Zvláštnosti tohoto věku nepotřebuje znát jen pediatr, ale také lékař, který má ambici věnovat se celé rodině.

V předposlední části knihy se náš lékař seznámí s životními krizemi a jejich zpracováním. Především akutní posttraumatické zátěžové reakce a

poruchy jsou naléhavou výzvou pro lékaře, kterému k jejich zvládnutí nemůže stačit jen biologické znalosti a medikace. Je známo, že pro pacienta, který prošel takovým traumatem s rizikem následků, je velmi důležité s někým promluvit, mít možnost se s někým podívat na to, co se to vlastně stalo. Tady se bez minimálních psychologických znalostí a dovedností lékař, který nechce škodit, neobejde.

Do této části knihy patří také problematika chronicky nemocného pacienta, kde se čtenář podrobněji seznámí se zpracováním a vypořádáváním se s onkologickým onemocněním a s infekcí HIV a rozvinutým AIDS. Velmi správně je zde zařazena a pojednána problematika starších pacientů a pacientů umírajících. O ty se nakonec obvykle stará právě praktický lékař nejčastěji a sám na vlastní pěst získává své zkušenosti bez možnosti se o tom dočíst nebo diskutovat s dalšími kolegy. Kapitola je velmi dobře a přehledně zpracovaná.

Poslední část knihy je věnovaná léčbě. Jde především o indikaci pacienta k vhodnému psychoterapeutickému postupu, je zde přehled odborných psychoterapeutických metod, které přesahují rámec základní psychosomatické péče. A po kapitole o odborném zvyšování kvalifikace a zajišťování kvality v oblasti základní psychosomatické péče, která již míří přímo k osobnosti lékaře, věnují se autoři v kapitole poslední psychosomatické lékaře samotného. Pokud některá z témat, probraných výše najde čtenář i v některých jiných publikacích, pozornost k psychosomatické péči lékaře bývá věnovaná málokdy. U nás se této problematice věnovala jen Eva Křížová (**Proměny lékařské profese z pohledu sociologie, nakl. SLON, ISBN: 80-86429-57-1**), ale protože jde o socioložku, publikace mohla lékařům v praxi snadno uniknout. Složitě situaci lékařů z pohledu proměn společnosti se věnují autoři nové publikace právem. Pozornost nás lékařů je totiž natolik věnovaná našim pacientům, že na sebe snadno zapomínáme a není jistě náhodou, že mezi lékaři je vyšší sebevražednost, častější depresivita a syndrom vyhoření, zneužívání návykových látek včetně alkoholu a drog, než mezi pacienty.

Napětí mezi požadavky na lékaře, které byly formulovány ještě ve středověku a mezi posunem poměrů v postindustriální společnosti mohou významně ovlivňovat zdraví lékařské populace a bránit v zavádění preventivních opatření. Jedním z takových opatření je také počin nakladatelství Portál, překlad a vydání učebnice, která se věnuje psychosociálním aspektům stonání nejen pacientů ale také lékařů samotných. Je ovšem na organizátorech, zda pochopí naléhavost úkolu, prosadit také u nás segment základní psychosomatické péče tak, aby bylo postupně stále lépe postaráno o podivně stonající pacienty, ale také o nás lékaře, kteří se o ně staráme. Vzdělávání v tomto směru je jen jednou z potřebných věcí, další je vytváření místních podpůrných skupin lékařů a psychologů-psychoterapeutů, kteří si mohou poskytovat podporu v rámci balintovsky vedených seminářů a v neposlední řadě dostatečná kapacita odborných psychoterapeutických ordinací, kde by se poskytovala kvalifikovaná psychoterapeutická pomoc. Jen tak by mohla dnešní medicína čelit prudkému

rozvoji nemedicínské laické léčitelské praxe, kterou musíme považovat nikoli za konkurenční ale nebezpečnou. Složitá bio-psycho-sociální realita člověka nemůže být redukována na jeden nebo dva pohledy či aspekty. Nikdo, ani lékař, ani psycholog natož léčitel nemůže dnes být plně kompetentní rozumět všem těmto aspektům a tak jedině, co umožní naplnit Hipokratovu přísahu je spolupráce ve skutečných týmech lékařů s psychology, rehabilitačními pracovníky nebo dalšími odborníky. Vznik segmentu základní psychosomatické péče by k tomu usnadnil podmínky.

V Liberci 1.2.2008

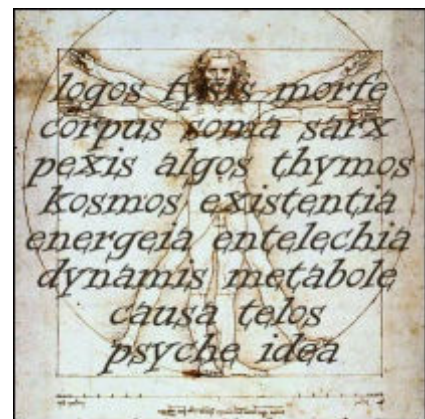
AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

12.CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCÍ UŽ 24.- 26. DUBNA 2008

K dnešnímu dni přihlášeno 180 registrovaných účastníků, což je prakticky plná kapacita jedné sálu. 41 přednášek, ze kterých bude sestaven odborný program. Sledujte na informačním serveru konference:

www.lirtaps.cz/konference.htm

dr.Chvála



KONFERENCE V ČESKÉM RÁJI: SEDMIHORKY 18. – 20. DUBNA 2008: AKUPUNKTURA A PSYCHOSOMATIKA (DIAGNOSTIKA A TERAPIE)

Předběžný program :

Pátek 18. dubna 2008

12,00 – prezence účastníků konference

12,50 – zahájení odborné konference

13,00 – odborný program

MUDr. Miriam Kabelková: Strachy – emoce, které ovládají tělo – v obrazech homeopatických léků 50´

MUDr. Vladislav Chvála: Rodinná terapie psychosomatických poruch a teorie jin-jang 60´

diskuse, přestávka

16,00 – odborný program

MUDr. Hana Váňová: Hierarchie příčinných vazeb 50´

MUDr. Věra Dolejšová, MUDr. Jana Wankatová: Psychosomatická onemocnění a psychosomatika 30´

MUDr. Bohdan Haltmar: Chronické gynekologické záněty (celostní pohled) 20´ diskuse

18,00 – ukončení odborného programu

19,30 – společenský večer – slavnostní raut

kulturní program – Swing Combo Turnov – sdružení jazzových hudebníků zahraje k poslechu (i tanci), zpívá Michaela Hálková

Sobota 19. dubna 2008

09,00 – odborný program

Doc. MUDr. František Pára, CSc. - MUDr. Jaroslav Debef: Bazální stres – charakteristika, příčiny, možnosti diagnostiky a způsob léčby 60´

MUDr. Jitka Gunaratna: Akupunkturní analgezie 30´

diskuse, přestávka

11,00 – odborný program

MUDr. Pavel Prokeš: Iatrogenní psychotrauma 30´

MUDr. Jana Kombercová: Zkušenosti s metodou EAV v ordinaci praktického lékaře 30´

Doc. MUDr. Dobroslava Jandová, CSc.- Ing. Otakar Morávek: Možnosti verifikace efektu akupunktury expertním a informačním diagnostickým systémem 30´

diskuse, ukončení dopoledního bloku přednášek

12,30 – společný oběd

14,00 – odborný program

Doc. PhDr. Petr Kolísko, CSc.: Objektivizace efektů jógových technik na změny funkčního stavu autonomního nervového systému s využitím poznatků v psychosomatické medicíně 45´

diskuse, přestávka

15,15 – odborný program

MUDr. Ivan Rusnák, CSc.: Život - stres a zdraví (působení psychického prožívání na rozvoj tělesných chorob, jak je možné správně zvládat stres poznáváním zákonitostí)

18,00 – ukončení odborného programu konference

19,00 – společná večeře

20,00 – sportovní večer – bowling

Neděle 20. dubna 2008

09,00 – tradiční cvičení jógy s Doc. PhDr. Petrem Kolískem

10,00 – individuální konzultace

12,00 – oběd a ukončení konference

Akce bude zařazena do systému celoživotního vzdělávání lékařů, garantovaná ČLK.

V průběhu konference proběhne prezentace sponzorujících firem BOIRON, WANK, ENERGY a MUCOS Pharma CZ.

MUDr.Miroslav Holub

organizační výbor

MUDr.Ladislav Fildán

předseda ČLAS

Přihlášku odešlete nejpozději do 28.února 2008 mailem na adresu : mirhol@netair.cz nebo mirhol@iol.cz

Možno využít i poštu : MUDr.Miroslav Holub, Rehabilitační centrum, U potoka 76, 513 01 – SEMILY. Bližší informace na www.mirhol.cz

**Společnost pro výcvik v psychoterapii (Starobrněnská 7, Brno)
vás zve na pravidelné kazuistické semináře**

Rodina v klinickopsychologické praxi 2007/2008

Náplň:

setkání jsou koncipována jako aktivní kasuistický seminář. Preferovanou formou je přímá práce (konzultace) odborníka s rodinou. Ostatní účastníci fungují buď jako tzv. reflektující tým přímo při sezení, případně konzultaci sledují přes videozařízení v druhé místnosti. Po skončení konzultace pak probíhá reflexe a rozbor psychologické problematiky a terapeutického vedení konzultace. Další možností je pak rozbor a reflexe videonahrávek z klinicko psychologického či rodinně terapeutického sezení. Na každý termín je domluvena vždy konzultace s klienty v přímém čase a zároveň videonahrávka či odborné sdělení pro případ, že se klienti nedostaví.

Podmínkou je samozřejmě informovaný souhlas klientů k tomuto typu práce, použití videotechniky a případného pořizování záznamu a jeho nakládání s ním.

V roce 2007/2008 začíná již 5. ročník tohoto semináře. Odbornou garanci zajišťuje PhDr. Zdeněk Ettl.

Cílová skupina:

především kliničtí psychologové, psychiatři a rodinní poradci, kteří jako svůj významný pracovní nástroj používají rodinnou terapii a psychologické poradenství při práci s rodinami.

Místo a termíny konání:

každý měsíc vždy v pátek v 9:00 – 12:00 hodin (30min uvedení do problematiky konkrétního případu, 1,5hod konzultace, 1hod společná reflexe a rozbor případu) v Manželské a rodinné poradně Bethesda (Starobrněnská 7, 602 00 Brno, tel: 542 214 547).

TERMÍNY
ZÁŘÍ-PROSINEC 2007
7. září
12. říjen
2. listopad
7. prosinec

Možnost přihlášení:

Mgr. Milan Pilát: FN Brno – Dětská nemocnice, Odd. dětské psychiatrie a klinické psychologie, Černopolní 9, 625 00 Brno, e-mail: mpilat@fnbrno.cz, tel: 532 234 575.

Využijte této možnosti vylepšit své klinicko psychologické, poradenské a terapeutické dovednosti, pomoci kolegům v jejich práci, užít si přítomnosti a zkušeností spoluzúčastněných kolegů, setkat se!

Zdraví a na setkání se těší

Milan Pilát a Zdeněk Ettl

Rodičovská skupina

Pro rodiče, jejichž děti berou drogy nebo zneužívají alkohol

Vedoucí skupiny: Mgr. Igor Pavelčák

Kontakt: tel.: 728 022 618,

e-mail: ipcak@volny.cz;

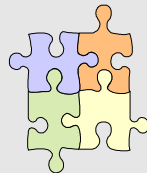
www.poradna-rodina.org

Termíny v r. 2008 : vždy ve čtvrtek v lichý týden od 16,30 do 18,00 hodin.

Místo: Liberec, Lesní 575/12 (kancelář je v objektu základní školy)

Cena skupiny: 150,-Kč/skupinu; dva partneři 200, -Kč/skupinu

Ostatní: Skupina je určena rodičům, jejichž děti berou drogy nebo zneužívají alkohol. Skupina nabízí sdílení v obtížné situaci, vzájemnou podporu v realizaci produktivních kroků na cestě od drog, předávání si zkušeností, vzdělávání v drogové problematice a osobnostní rozvoj. Podmínkou vstupu do skupiny je absolvování úvodní konzultace u vedoucího skupiny.



Liberec, 17.1. 2008

Mgr. Igor Pavelčák

Pro tisk dvojstrany formátu A5 na A4 je tento vzorec: 52,**1**,2,51/ 50,3,**4**,49/ 48,5,6,47/ **46**,7,8,45/
44,9,10,43/ 42,11,12,41/ 40,13,14,**39**/ 38,15,16,37/ 36,17,18,35/ 34,19,20,33/ 32,21,22,31/
30,23,24,**29**/ 28,25,26,**27**/

(celkem 13 listů A4, 52 stran)

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som

Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010