

ABSTRAKTA

(abecední řazení dle 1. autora)

P23	Lenka Benešová: Zkušenost s onkologickým onemocněním	87
P7	MUDr. B. Branná: Co pediatrovi přináší znalost psychosomatiky?.....	87
P14	MUDr. Petr Bušek, PhD.: Psychogenní neepileptické záchvaty	88
P15	MUDr. Jitka Bušková, PhD.: Jsou poruchy spánku ještě psychosomatickým onemocněním?.....	88
W10	Mgr. Klára Čížková, Bc. Helena Nová: Terapie pánevního dna – propojení fyzioterapie a taneční pohybové terapie - sebezkušenostní workshop.....	89
W8	PhDr. Vladimír Dvořáček: Snový obraz a snové tělesnění.....	90
P20	PhDr. Markéta Gerlichová, PhD.: Muzikoterapie – jedna z cest psychosomatického přístupu	90
P10	MUDr. V. Chvála, PhDr. L. Trapková: Význam sexuality v psychosomatické medicíně	91
P2	MUDr. Radkin Honzák, CSc.: Placebo – zasazení do správných souvislostí	91
P29	Mgr. Lucie Hornová, Mgr. Darina Fialová: Výzkum jako supervize.....	92
P27	MUDr. Felix Irmiš: Spiritualita v psychosomatické medicíně: individuální bio-psycho-socio-spirituální vztahy.....	93
POS1	MUDr. Felix Irmiš: Stres pacienta v nemocnici.....	94
W4	Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. et Mgr. Jana Týkalová, MUDr. Barbora Danielová a kol.: Výhody, nevýhody a úskalí práce v týmu aneb co nám v práci pomáhá a co nám ji komplikuje.....	94
P31	MUDr. Eva Jašková: Psychosomatika v české dermatologii.....	96
P12	MUDr. Kabát Jaromír: Má psychosomatika své místo v chirurgii?	97
P26	PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.: Pohyb člověka jako patočkovský fenomén – společné území pomáhajících profesí.....	97
P13	Prof. RnDr. Stan. Komárek: Hranice vědy aneb obtíže s tematizací emocí a hnutí mysli vůbec	98
P32	MUDr. Kunertová Olga: Psychosomatika jako podivný diskurz na pomezí kultur.....	99
W11	MUDr. Olga Kunertová, Mgr. Gabriela Špačková, MUDr. Jan Kořenek: Jak pracovat s psychosomatickými klienty mezioborovým přístupem za pomoci mezioborového reflektujícího týmu	99
W5	MUDr. Michal Kryl: Hrátky se smrtí.....	100
P16	MUDr. Aleš Kubát: Jóga v léčbě chronických bolestí zad – bio-psycho-sociální pohled.....	100
P18	Doc. MUDr. Silvie Lacigová, PhD.: Psychosomatika v diabetologii - pohled diabetologa.....	102



P19 MUDr. Jana Komorousová, PhD., Mgr. Pavel Brenkus: Psychosomatika v diabetologii - pohled psychiatra, klinického psychologa a rodinných terapeutů.....	103
P8 MUDr. Helena Máslová: Psycho-gynekologie.....	103
P22 PhDr. Petr Novotný: Psychosociální vyšetření pacientů plicní kliniky.....	104
P25 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D.: Problém moderního antropocentrismu.....	104
P3 Prof. MUDr. Pavel Pafko: Pohled starého chirurga na psychosomatiku v chirurgii.....	105
P21 Prof. MUDr. Miloš Pešek: Přístup úspěšných pacientů s pokročilými karcinomy plic k onkologické terapii.....	105
P17 MUDr. Jindra Pruknerová: Zkušenost z neurologické ordinace.....	106
P9 MUDr. Jiří Poněšický, FEBU: Psychosomatika v urologii.....	107
P6 MUDr. Michaela Ročňová: Praktik a psychosomatika	107
W2 MUDr. Gabriela Rybářová, MUDr. Jana Nyklesová: Psychosomatická intervence v interní ambulanci	108
P23 Tomáš Řiháček, Peter Pavlenko, Helena Franke: Účinnost psychoterapie u psychosomatických poruch.....	108
POS2 PhDr. Mgr. Barbora Sedláková, Mgr. Tomáš Hochman: Procesová práce se symptomy. Snění těla.	109
P5 Doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD.: Význam doporučeného postupu Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky pro všeobecné praktické lékaře a jejich pacienty.....	109
P11 MUDr. David Skorunka: Porucha na duchu nebo životní dilema? (P).....	110
P30 Doc. PhDr. D. Stackeová, PhD., Mgr. V. Javůrková: Vliv pohybové aktivity na kognitivní funkce u žen seniorského věku.....	111
P24 PhDr. Strobachová Ingrid, PhD.: Tělo a čas.....	112
P4 Doc. MUDr. Jiří Šimek: Lékaři a supervize.....	112
W3 Ivan Verný, M.D. & Dipl. PW.: POP dílna: úvod do procesově orientovaného přístupu k symptomům	113
W7 Ivan Verný, M.D. & Dipl. PW.: POP klinika: demonstrace procesových intervencí v práci se symptomy účastníků nebo prostřednictvím supervizní práce se symptomy pacientů z praxe.....	113
W6a+ W6b Mgr. Zuzana Vlčinská: Prožitkové zpívání.....	114
W1 Mgr. Veronika Víchová: Autogenní trénink a strom života.....	115
Nabídky	117
Výcvik katatymně imaginativní psychoterapie.....	117
Vedení rozhovoru s psychosomatickým pacientem.....	118
Workshop: Taneční pohybové terapie a poruchy příjmu potravy	119
Vychází	121



Literární koutek122
 humník Ilja: Medicína kontra umění122



P23 LENKA BENEŠOVÁ: ZKUŠENOST S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Lenka Benešová – kouč, lektor

Žila jsem na první pohled pohodový život. Měla jsem kde bydlet, práci, partnera, zdravého syna, ale ve věku 34 let v roce 2005 mi byl diagnostikován velkobuněčný lymfom a já se začala ptát: „proč“? Absolvovala jsem chemo-léčbu včetně autologní transplantace kostní dřeně a dnes jsem víc jak 10 let po vyléčení. Současně s léčbou jsem ve svém životě udělala několik zásadních změn. Odešla jsem od partnera i z práce, přestěhovala se do jiného města, zažila novou lásku. Svůj příběh jsem uvedla i v publikaci *Zachraň svůj život* autorů prof. MUDr. M. Peška, CSc. a PhDr. P. Novotného. Jak jsem žila před onemocněním a jak žiji teď? Co mi nemoc dala a vzala? Co jsem pochopila a co mi pomohlo se uzdravit? Jakým jsem teď člověkem a v čem je jiný můj charakter? Těmto a dalším otázkám se budu věnovat ve svém příspěvku. www.lenka-benesova.cz



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



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

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

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

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

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

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

Nad těmito otázkami bych se s vámi ráda zamyslela.



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

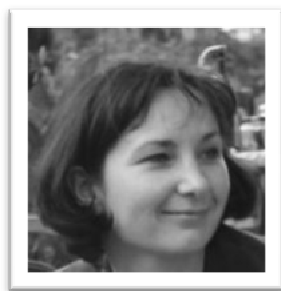


S psychogenními neepileptickými záchvaty se lze v neurologické praxi setkat poměrně často, jejich prevalence je odhadována na 2–33/100.000. Tyto typy záchvatů je především třeba odlišit od genuinních epileptických záchvatů, neboť způsob léčby se zásadně liší. Psychogenní záchvaty se nejčastěji objevují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

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

Institut spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví, Klecany

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



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



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

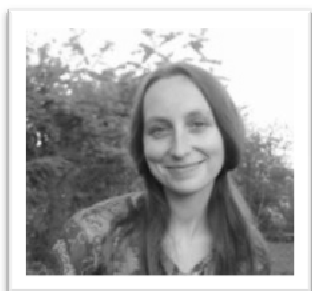
Workshop bude praktickou ukázkou skupinových setkání zaměřených na terapii pánevního dna, které pravidelně probíhají v CKP Roseta. Během setkání propojujeme kreativní potenciál výrazového pohybu, kultivaci vědomí těla a fyzioterapeutické metody. Na našich terapeutických setkáních využíváme jak kreativní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



Bc. Helena Nová je fyzioterapeutka a pracuje převážně s dospělými a dospívajícími pacienty. V rámci fyzioterapie pracuje komplexně, společně s pacienty se snaží nalézt základní původ jejich obtíží a ten řešit. K jeho řešení využívá své znalosti, které získala praxí a vzděláváním v rámci kurzů. Při bolestech zad, hlavy a kloubů využívá koncept McKenzie diagnostiky a terapie. Dále využívá techniky měkkých tkání a mobilizací, metodu Ludmily Mojžíšové, metodu

R. Brunkow, senzomotorickou stimulaci dle Jandy a Vávrové. Též se věnuje problematice poruch svalů pánevního dna a inkontinence moči.

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



WS PHDR. VLADIMÍR DVOŘÁČEK: SNOVÝ OBRAZ A SNOVÉ TĚLESNĚNÍ

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

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

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

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

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

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



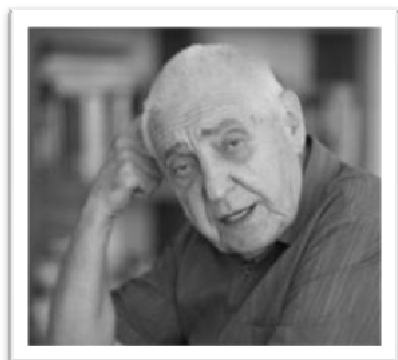
Autorka, PhDr. Markéta Gerlichová, Ph.D, je muzikoterapeut, fyzioterapeut a speciální pedagog. Muzikoterapii se zaměřením na psychosomatickou problematiku praktikuje v Centru komplexní péče Roseta v Praze, ale čerpá i ze své dlouhodobé (dvacetileté) klinické praxe s osobami po poranění mozku na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN a širokého spektra klientů ve vlastní terapeutické práci. Dále vyučuje studenty medicíny, fyzioterapie a ergoterapie na 1. LF UK. Vede víceúrovňové akreditované kurzy muzikoterapie a pracuje též jako muzikoterapeutický supervizor jednotlivců i skupin. Aktuálně studuje obor supervize na FHS UK. V roce 2009 a 2013 byla zvolena za ČR delegátem do Evropské konfederace muzikoterapeutů (EMTC). Pracuje v Radě CZMTA (Muzikoterapeutické asociace ČR). V posledních letech aktivně navštívila muzikoterapeutické praxe v Belgii, Turecku a Litvě a přednášela v Kanadě, Estonsku, Litvě, Polsku, Turecku, Rakousku a Německu.

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

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



P2 MUDR. RADKIN HONZÁK, CSc.: PLACEBO – ZASAZENÍ DO SPRÁVNÝCH SOUVISLOSTÍ



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



Placebo je ze své podstaty inertní látka, a je tedy naprosto logické, že inertní látka nemůže vyvolat v organismu žádnou reakci, protože je inertní. Asi těžko to bude pouhá sugesce, když dokáže prodloužit život myším trpícím onemocněním podobným SLE. Skutečnost, že placebo může být účinnější než aktivní lék, je výzvou jak ke studiu tohoto jevu, tak k jeho osvojení. A poslední výsledky, které ukazují, že při dostatečné délce studie se účinky nových analgetik od placebo už významně neliší (a že by se nelišily mnohé minulé, pokud by studie běžely dost dlouho), naviklávají některé nesporné důkazy EBM. Když k tomu připočteme, že placebo by se správně mělo jmenovat ambulabo, stojí to všechno za (dvacetiminutové) zamyšlení.

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

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



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

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

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



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

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

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

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



POS1 MUDR. FELIX IRMIŠ: STRES PACIENTA V NEMOCNICI

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

Pacient na nemocničním pokoji se musí vyrovnávat s řadou situací (lékařské menší výkony, hygiena starých pacientů). V komunikaci mezi pacienty může docházet k různým konfliktním situacím. Někdo chce poslouchat televizi, druhého, těžce nemocného, to ruší. Řada konfliktů je spojena též s otázkou otevřeného okna, zejména v zimě a v noci. Jsou „větrači“ a „nevětrači“. Jsou jedinci, kteří se lehce nachladnou, někdo nesnáší vydýchaný teplý vzduch. Sestry, lékaři, uklízečky otevírají spontánně okno („máte zde hrozný vzduch“), aniž by se starali o jeho zavření. Existují v menším procentu též jedinci, kteří jsou citliví na různé fyzikální podněty (osvětlení, pachy, hluk aj.). Individuální senzitivita, za kterou pacienti nemohou, není sledována a je pokládána za nepřiliš racionální. Při primární vizitě nemusí být ujasněny potíže pacienta, které sekundář nepokládá za důležité. Též proto, že pacient v různorodosti latinských výrazů (pro pacienta nejasných) není k upřesnění vyzván a sám se neodvážá mluvit. Pak je poslán na kontrolní vyšetření bez upřesnění a může být kontrolován na pouze zapsané potíže (např. RTG). Při rozdávání léků, do kterého jsou vedle sester zapojeny též zdravotní asistentky („žákyňky“), dochází někdy k nesprávnému výběru léků.

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

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

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

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

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



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

MUDr. Barbora Danielová

Studium medicíny absolvovala na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. Nejprve pracovala na neurologických odděleních v Ústí nad Labem a v Nemocnici Na Homolce v Praze.



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

Absolvovala komplexní výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci.

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

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

Mgr. Danuše Jandourková

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



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

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



Mgr. et Mgr. Jana Týkalová

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

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

P31 MUDR. EVA JAŠKOVÁ: PSYCHOSOMATIKA V ČESKÉ DERMATOLOGII

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

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

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

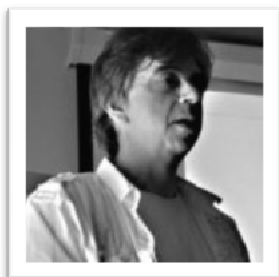
Ve Slezské nemocnici v Opavě se nám podařilo zaběhnout bálintovské skupiny. Jednou za měsíc se pod vedením psycholožky ze sousední Psychiatrické nemocnice scházejí lékaři různých oborů, a pokud narazíme na společného pacienta, jsou naše různé pohledy a různé vnímání jeho problému přínosné pro nás navzájem. Snažím se na bálintovské



sezení nalákat onkology, lékaře z ambulance bolesti, psychiatry, diabetology a další. Není to jen o dermatologii, i když se probírá třeba dermatologický pacient.

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

P12 MUDR. KABÁT JAROMÍR: MÁ PSYCHOSOMATIKA SVÉ MÍSTO V CHIRURGII?



Mohou psychosomatické koncepty nějak přispět zlepšení chirurgické péče? V určitých ohledech je chirurgie zvláštním oborem. Je definována výhradně způsobem terapeutického přístupu, nikoli orgánovým systémem, kterým se zabývá, nebo technikou kterou používá. Existuje-li pro nějakou nemoc, nebo její fázi náležitá operační léčba, je nemoc chirurgickým onemocněním a pacient je chirurgickým pacientem. Chirurgické intervence jsou často chápány spíše ve smyslu opravy „triviálního stroje“, která je nutná vždy, když akutní chorobný proces vyžaduje přímý zásah k obnovení fyziologicko-fyzikálních procesů. Operace je ale jen jednou fází procesu chirurgické léčby. Neméně důležitá je i fáze indikace k operaci či fáze pooperační restituce. Na příkladech z klinické praxe je možné objevit, že psychosomatika hraje významnou roli ve všech fázích chirurgické terapie. V medicíně se ale plíživě prosazuje spíše určitý druh „outsourcingu“. Rovněž se upevňuje rozdělení na medicínu pro duše bez těla a medicínu pro těla bez duše. Zjednodušující schematizace lékařské činnosti je na postupu a zastiňuje význam individuálních příběhů. Psychický rozměr však nemůže být ani v chirurgii vnímán jako to „cizí“, co do oboru nepatří, co je „nadstavbou“ která nenáleží chirurgům ale jiným odborníkům.

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



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

Patočkův pobyt člověka, vztahující se k „referentu“ – zdroji smyslu životního pohybu, je nárokem odpovědi na přicházející výzvy, ale také určitým společným územím péče a pomoci pomáhajících profesí člověku, který se ocitl v situaci životních potíží. Přirozený pohyb je krizí pozastaven, často i znemožněn, což lze chápat jako problém ve vy-v-stávání, v ex-sistenci člověka, mnohdy se nacházejícího i v ohrožení života samotného. Z fenomenologického



hlediska jde o setrvávání s omezenou možností pohybu a o problém v komplexu habituality. V patočkovském pojetí jsou referenty – domov, práce a boj a absolutně zdrojem životního pohybu, mající ontickou i ontologickou hodnotu. Komplexní přístup k člověku je velikým nárokem, ale i výzvou. V celé šíři svých aktivit pomáhající profese dvěma základními nástroji – řečí a rukou pečují o klienta, pacienta, žáka a společným cílem je obnovení zúženého habituálního pohybu do maximálně možné šíře s ohledem a respektem k autenticitě daného jedince.

PhDr. Helena Kalábová, Ph.D.

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

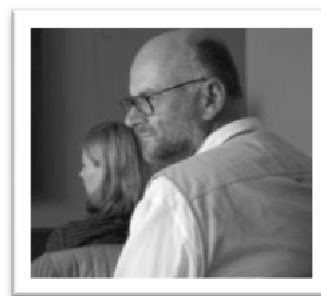
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU Liberec, (2008- dosud)

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

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

**P13 PROF. RNDR. STAN. KOMÁREK: HRANICE VĚDY ANEB OBTÍŽE S
TEMATIZACÍ EMOCÍ A HNUTÍ MYSLI VŮBEC**

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



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

Psychoterapeutické centrum Gaudia



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

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

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

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

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

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

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

Práce s reflektujícím týmem:

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

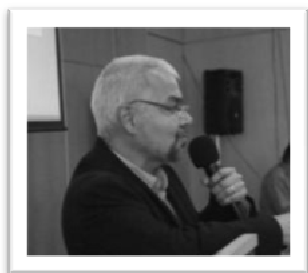


V rámci naší psychosomatické poradny jsme tento pomocný terapeutický nástroj rozšířili a kromě kolegů terapeutů přizvali také další odborníky z jiných profesí, kteří se zabývají lidským zdravím a společně mohou klientovi nabídnout širší psychosomatický fokus na jeho potíže a pomoci mu s jeho řešením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

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

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

W5 MUDR. MICHAL KRYL: HRÁTKY SE SMRTÍ



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

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



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

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

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



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

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

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

Přehledový článek Hilla z r. 2013 (7) shrnuje výsledky 4 randomizovaných klinických studií zkoumajících vliv jógy na bolesti zad a uvádí, že: 1. Jóga se jeví jako efektivní nástroj v léčbě chronických bolestí zad, ale na základě současných limitovaných evidence-based studií je možné ji doporučit k diskusi jako jednu z možností léčby tam, kde ostatní metody selhaly. 2. Je žádoucí provedení dalších studií efektivnosti jógy zj. v porovnání s dalšími léčebnými postupy.

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

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

MUDr. Aleš Kubát

Od r. 1988 do r. 1996 pracoval jako posádkový lékař a kromě všeobecné atestace si stihl udělat i kurzy akupunktury, myoskeletální medicíny a homeopatie. R. 1996 nastoupil na neurologii ve Vojenské nemocnici Olomouc a svým způsobem se musel nasměrovat více



„biomedicínsky“ (atestace, EEG, EMG), nicméně v letech 2012–2014 absolvoval kurz Základní psychosomatické péče. R. 2015 absolvoval kurz instruktora jógy, sám jógu praktikuje pravidelně asi 10 let. A právě propojení neurologie, psychosomatiky a jógy se chce věnovat v následujících letech.

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

Diabetologické centrum, I. interní klinika LFUK a FN Plzeň

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

- Začlenění psychiatrické (psychologické, psychoterapeutické) péče o pacienty s diabetem do Národního diabetologického programu. (*Současný stav: specialista-psychiatr resp. psycholog stále není členem diabetologického týmu.*)
- Druhým cílem bylo vytipování odborných ambulancí (pracovní název „Pevný Bod“), kam by mohl nemocný s diabetem a psychickými problémy dojít, být vyšetřen a léčen. Cílem bylo pokrytí území celé České republiky. (*Současný stav: velkým úsilím se podařilo „získat“ přes 30 takových Pevných Bodů. Bohužel jen malá část z nich je diabetology resp. přímo pacienty využívána.*)
- Třetím cílem bylo pořádat každoročně jedno velké dvoudenní celostátní setkání diabetologických týmů s odborníky z řad psychiatrů, psychologů nebo jiných specialistů. (*Současný stav: splněno na 100 %! V letošním březnu proběhne již 9. ročník. Semináře mají vždy jedno nosné téma. Někdy je zaměřen čistě na problémy nemocných – hypoglykémie, potíže s dodržováním diety, potíže s dodržováním pravidelného pohybu. Jindy je věnován nám, poskytovatelům zdravotní péče, např. jak nevyhořet, jaké jsou právní otázky při jednání s nemocnými. Velmi žádaná jsou témata zaměřená na umění komunikace s problematickými nemocnými. (přehled všech ročníků na www.diab.cz).*)

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

doc. MUDr. Silvie Lacigová, Ph.D. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta a FN Plzeň, I. interní klinika, Diabetologické centrum, internista, diabetolog. Pracuje v Diabetologickém centru I. interní kliniky FN Plzeň a na LF UK. Léta se zabývá diabetickou neuropatií, klinicky i odborně. Je autorkou řady publikací zaměřených na toto téma. Jako členka výboru České diabetologické společnosti (ČDS) je spoluautorkou doporučených postupů diagnostiky a léčby diabetické neuropatie. Od roku 2007 má na starosti psychologickou sekci při ČDS, která každoročně pořádá



mezioborová setkání diabetologických týmů s odborníky z řad psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů. Posledním tématem v roce 2016 byla bolest v diabetologické ambulanci (březen 2016).

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

Psychiatrická ambulance Plzeň



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

P8 MUDR. HELENA MÁŠLOVÁ: PSYCHO-GYNEKOLOGIE

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



P22 PHDR. PETR NOVOTNÝ: PSYCHOSOCIÁLNÍ VYŠETŘENÍ PACIENTŮ PLICNÍ KLINIKY

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

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



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

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



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

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



tel. +420 603 324 397

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

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

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



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

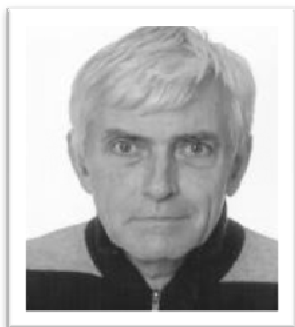
Z průzkumu názoru studentů 6. ročníku všeobecného lékařství například vyplývá, že vlivu psychosociálních faktorů na vznik a průběh onemocnění není věnována téměř žádná pozornost.

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

Moderní institucionalizovaná medicína neprospívá vztahu lékaře a pacienta.

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

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



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

V poslední době se častěji setkáváme s nemocnými, kteří díky moderním léčebným postupům žijí řadu let s normální kvalitou života. V této skupině dlouhodobě úspěšných



pacientů se častěji setkáváme s nemocnými, kteří vykazují odlišný přístup k nemoci samé i k jejímu léčení, než je tomu u většiny pacientů neúspěšných.

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

Prof. MUDr. Miloš Pešek, CSc.

Klinika pneumologie a ftizeologie LF UK a FN Plzeň

P17 MUDR. JINDRA PRUKNEROVÁ: ZKUŠENOST Z NEUROLOGICKÉ ORDINACE.

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

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

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

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



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



psychoterapii.

P9 MUDR. JIŘÍ PONĚŠICKÝ, FEBU: PSYCHOSOMATIKA V UROLOGII

Privátní urologická praxe Královské Vinohrady, Psychiatrická nemocnice Bohnice

Urologie je medicínský obor zabývající se diagnostikou a konzervativní i chirurgickou léčbou onemocnění ledvin, močových cest a mužských pohlavních orgánů. Tak jako v jiných medicínských oborech izde se setkáváme s diagnostickými jednotkami, u kterých podíl psychických a sociálních faktorů má pravděpodobně významný vliv na rozvoj onemocnění. Do určité míry je možné něco takového tvrdit téměř o každé nemoci. Demonstrovat psychosomatickou problematiku napříč oborem by však bylo nad rámec sdělení. Samostatnou kapitolou jsou sexuální dysfunkce. I jejich léčba je často v rukou urologů, provázanost psychického a tělesného je v této oblasti bez diskuse, předpokládám však, že toto bude předmětem specializované přednášky. Soustředit se chci převážně na několik okruhů, které tvoří podstatnou část klientely v ordinaci urologa. Z nich podle mého názoru nezanedbatelnou část tvoří nemocní, jimž by větší důraz na psychosomatický přístup v jejich léčbě mohl být k užitku. Jde jednak o diagnózu chronického zánětu prostaty, nověji zařazovaného pod širší syndrom chronické pánevní bolesti (CPPS), dále o různé non-neurogenní mikční dysfunkce, typicky například syndrom hyperaktivního močového měchýře. Nabízí se i zmínka o pacientkách s recidivujícími infekcemi močových cest. Aktuální verze doporučených postupů Evropské urologické společnosti (EAU Guidelines) pro léčbu CPPS uvádí, že kombinace fyzikální a psychosociální léčby může vést k nejlepším výsledkům u pacientů obou pohlaví. Takové postupy však zatím ve zdejší urologické obci nedoznaly širšího uplatnění.



P6 MUDR. MICHAELA ROČŇOVÁ: PRAKTIK A PSYCHOSOMATIKA



Pohovořím o své zkušenosti práce v ordinaci praktického lékaře, o možnostech používání psychosomatického pohledu a rozhovoru s pacientem. Pro které pacienty (a pro které lékaře) je vhodná psychosomatika? Stejně jako chirurg se musí nad otevřenou ránou rychle rozhodnout, zda orgán odoperuje, praktik musí za velmi krátkou chvíli podle minimálních ukazatelů rozlišit, kdy rozvíjet hovor dál do šířky a kdy zůstat zakotven v klasické medicíně, úzkém doporučeném postupu a nevykračovat do individuálních hledání specifík stonání daného pacienta. V běžném provozu totiž není možné se takto věnovat každému, ale u vybraných pacientů má tato cesta nesrovnatelně lepší výsledky, tedy uzdravení pacienta, a investovaný čas se nám pak několikanásobně vyplatí.



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

Interní lékař, a nejen ten, má ve své ambulanci jen velmi krátký čas na každého svého pacienta. Lze vůbec v taktu nastaveném trendu, rutinně vyměřené chvíli, která si nárokuje obsáhnout seznámení s pacientem, problémem, který ho přivedl, základním



vyšetřením a rozvahou nad příčinou potíží, zhodnocením a následným navržením léčebného postupu, a navíc ještě zahrnout v diferenciální diagnóze i neorganické příčiny? Je správné, je to žádoucí nebo spíše nepatřičné či v té chvíli komplikující, vnímat pacienta jako člověka v celém jeho osobním, interpersonálním, společenském a kulturním kontextu? Máme na to čas? Patří to do cíleného interního vyšetření? Na kazuistikách klasických interních pacientů s hypertenzí,

palpitacemi a metabolickým syndromem se chceme s vámi zamyslet, zda tomu není obráceně. Že k úspěšné kauzální terapii je právě potřeba tento pohled vzít jako volbu přístupu, nehledat jen diagnózu, ale i její příčinu. Že pacient má naopak právo slyšet informace o příčinách a možnostech svého stonání či symptomu v rámci souvislostí. A jak je někdy obtížné pro nás, tušící souvislosti a toužící po vedení terapeutických kroků dle našeho nejlepšího svědomí, respektovat vlastní volbu pacienta k zvolenému způsobu léčby. Na závěr se zamyslíme nad důležitostí slov, s nimiž pacienta vyprovodíme z ordinace na cestu domů.

P28 TOMÁŠ ŘIHÁČEK, PETER PAVLENKO, HELENA FRANKE: ÚČINNOST PSYCHOTERAPIE U PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

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



Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D., je psycholog a psychoterapeut. Působí jako odborný asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie. Patří mezi zakladatele Centra pro výzkum psychoterapie, které od jeho vzniku koordinuje. Publikoval řadu teoretických a výzkumných studií v českém i mezinárodním kontextu. Mimo to má privátní



psychoterapeutickou praxi a působí též jako výcvikový lektor.

Kontakt: tomas.rihacek@gmail.com

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

Poster účastníky seznámí s tím, jak Procesová práce nahlíží na symptomy, jak s nimi pracuje a jak může přispět do oblasti současné psychosomatiky. Budou prezentovány základní aspekty procesové práce, koncept snícího těla, pohled na akutní a chronické symptomy a nástroje pro práci s nimi. Poster představí také užitečné meta-dovednosti terapeuta. Účastníci se seznámí se základním rámcem procesové práce a možnostmi jejího specifického využití při práci s psychosomatickými klienty. Tento přístup se u nás teprve rozvíjí, zatímco ve světě již má svou tradici.

PhDr. Mgr. Barbora Sedláková

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



Mgr. Tomáš Hochman

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



P5 DOC. MUDR. BOHUMIL SEIFERT, PHD.: VÝZNAM DOPORUČENÉHO POSTUPU PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY A LÉKAŘSKY NEVYSVĚTLITELNÉ PŘÍZNAKY PRO VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘE A JEJICH PACIENTY.

Chci mluvit o tom, jak tento DP vyplňuje mezeru v dosavadním portfoliu doporučených postupů Společnosti VL ČLS JEP, doplňuje (alespoň částečně) vzdělávání praktických lékařů, jakou roli může sehrát v podpoře jejich



postojů a klinických přístupů a výsledně v kvalitě péče o pacienta.

P11 MUDR. DAVID SKORUNKA: PORUCHA NA DUCHU NEBO ŽIVOTNÍ DILEMA? (P)

PSYCHOSOMATICKÁ PERSPEKTIVA A PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP V AMBULANTNÍ PSYCHIATRII.

Příspěvek je věnován vlastní aplikaci psychosomatické perspektivy v ambulantní psychiatrické praxi. Autor příspěvku klade důraz na bio-psycho-sociální pojetí v psychiatrii a na psychoterapeutický přístup, jež považuje za klíčové pro terapeutickou spolupráci s pacientem a jeho rodinou v psychiatrické ambulanci. Bio-psycho-sociální pojetí spolu s psychoterapeutickým přístupem autor považuje za nezbytné také pro koordinovanou a efektivní spolupráci s dalšími odborníky v systému péče o duševní zdraví. V příspěvku budou zmíněny zkušenosti s různými formami interdisciplinární spolupráce v rámci lokálních možností ambulantní praxe. Kromě vlastních klinických zkušeností autor zmíní stručně několik postřehů ze současné kritické psychiatrie a z neurověd s ohledem na diskutovanou a odkládanou reformu psychiatrie a systému péče o duševní zdraví v České republice.

Autor:

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

Pracoviště:

Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Psychiatrická ambulance
Rychnov nad Kněžnou



Psychiatr, psychoterapeut, rodinný terapeut.

Absolvent Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Postgraduální studium v oboru sociální psychologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy Univerzity v Brně, které v roce 2008 zakončil složením státní doktorské zkoušky a obhajobou disertace na téma Narativní přístup v psychoterapii; pohled klienta a terapeuta.

Odborný asistent Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, externí lektor katedry psychologie Fakulty sociálního lékařství Masarykovy Univerzity v Brně.

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

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



P30 DOC. PHDR. D. STACKEOVÁ, PHD., MGR. V. JAVŮRKOVÁ: VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA KOGNITIVNÍ FUNKCE U ŽEN SENIORSKÉHO VĚKU

Výzkum v oblasti psychologických benefitů pohybové aktivity je zpravidla zaměřen na pozitivní ovlivnění emočního stavu a Self-charakteristik. Přitom neméně cenný je i jejich možný vliv na kognitivní funkce, specificky pak u dětí či dospívajících a u seniorů. Příspěvek prezentuje výsledky výzkumu provedeného na skupině seniorek ve věku od 64 do 78 let. Cílem studie bylo sledovat zlepšení funkce paměti a dalších kognitivních funkcí vlivem pravidelného cvičení. Mechanismus tohoto vlivu je pravděpodobně jednak přes zvýšení zdravotní zdatnosti, dále pak přes zlepšení emočního stavu, jež může souviset i se sociálními kontaktem a utvářením sociálních vazeb, které seniorky v tomto období ztrácejí, a rovněž tak přes aktivizaci při provádění cvičení – „trénink“ soustředění spojený s pohybovým výkonem. Sledováno bylo 25 seniorek. Pro diagnostiku kondice byly vybrány některé testy zdatnosti podle Neumana a dvouminutový test chůze podle Rikli a Jones. Pro diagnostiku kognice byl použit Montrealský kognitivní test, jehož autorem je kanadský profesor Z. S. Nasreddin. Dále byla využita metoda řízených rozhovorů. U sledovaného souboru byly prokázány změny v úrovni kondice i kognice. Nejvýznamnější změny v pozitivním smyslu byly ve faktorech síly svalové, flexibility a rovnováhy. U krátkodobé paměti došlo ke zlepšení, které ale nebylo statisticky významné. U ostatních kognitivních funkcí, které byly hodnoceny společně, došlo také ke statisticky významnému zlepšení. Subjektivně bylo sledováno navození psychické pohody spojené s absolvováním cvičení. Výsledky studie jsou snahou přispět k vědeckému objasnění a specifikaci pozitivního vlivu pohybu na lidskou psychiku. U skupiny seniorek je sledovaný vliv extrémně cenný, protože možnosti prevence kognitivních poruch u seniorů jsou velmi omezené.

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

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

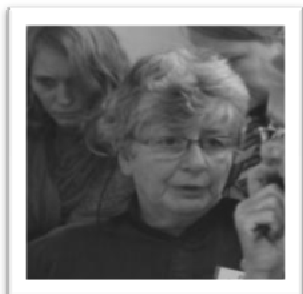


Mgr. Vladimíra Javůrková – po maturitě na SZŠ v Teplicích specializační studium v oboru léčebná tělesná výchova, Mgr. studium na VŠTVS Palestra, obor wellness specialista, zakončeno 2015, 22 let provozuje Nestátní zdravotnické zařízení Rehabilitace, fyzioterapie v Libochovicích.



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

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

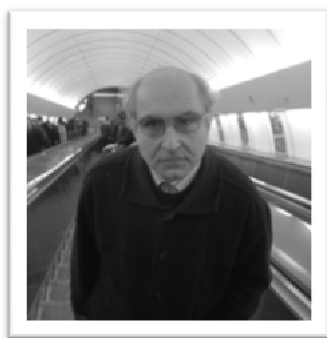


Dopracovali jsme se někdy lopotně k pochopení sebe jako svého těla – ale je to tak stejné v dětství jako ve stáří? Právě dávání času nám může ukázat různé rozměry našeho pobytu jako časového, ve své tělesnosti si rozumějícího.

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

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

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

P4 DOC. MUDR. JIŘÍ ŠIMEK: LÉKAŘI A SUPERVIZE

Na rozdíl od většinové populace se lékaři a mnozí ostatní zdravotníci každodenně setkávají se skutečným lidským utrpením a se skutečnou smrtí. Nemohou proto, tak jako ostatní, užívat neautentické obranné mechanismy typu „mne, nás se to netýká“. Sympaticky spoluprožívat trápení svých pacientů a jejich příbuzných také nemohou, to by nutně vedlo k jejich zhroucení nebo k vyhoření. Nezbyvá než vytvářet sofistikovanější obranné systémy, postavené především na racionalizaci. Ve chvíli, kdy je lékař

konfrontován s lidským utrpením, rozjíždí místo hlubší emoční odezvy kognitivní procesy (řeší otázky „co se děje?“ a „jak mohu pomoci?“). Díky moderním zobrazovacím metodám se dnes již daří prokazovat i neurofyzilogický základ těchto obran.



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

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

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

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

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

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

Krátký úvod do procesově orientované psychoterapie naleznete

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

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





Ivan Verný, M.D. & Dipl. PW.

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

W6A+ W6B MGR. ZUZANA VLČINSKÁ: PROŽITKOVÉ ZPÍVÁNÍ

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

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

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

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



V průběhu více než dvacetileté práce se širokou zpěváckou veřejností i s „nezpěváky“ dospěla k svébytné pedagogicko-terapeutické metodě, kterou nazvala „Prožitkové zpívání“. Ve svém přístupu spojuje muzikalitu, pohyb, imaginaci, hru a práci s hlasem a emocemi. Upravuje staré lidové písně ze slovanského okruhu s těžištěm v moravském folkloru, s nimiž zachází jako s aktuálním sdělením či situací. V individuálních sessích používá hlas jako nástroj integrace a píseň jako lék.



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

www.prozitkovezpivani.cz

W1 MGR. VERONIKA VÍCHOVÁ: AUTOGENNÍ TRÉNINK A STROM ŽIVOTA

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

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

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

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

Autogenní trénink jako strom života

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



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

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

Mgr. et Mgr. Veronika Víchová (1975)

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

