

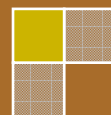
2010

VIII/2

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou
a psychoterapeutickou medicínu

EDITORIAL: Chvála V.: Komunikovat znamená zneklidňovat; GLOSY: Honzák R.: Jsou ocvočkovaní jedinci také cvoci? Honzák R.: Léčení deprese matky má smysl nejen po porodu aneb konečně slušný a kvalitní prvomájový projev! KAZUISTIKA: Chvála V., Trapková L.: Po čem žijí diabetici? TEORIE: Poněšický J.: Empatie, intersubjektivita a ovlivňování v psychoterapii. VÝZKUM: Vápeníková K., Štěpánová T., Poušek L.: Management stresu u příslušníků vězeňské služby. ETIKA: Tondlová H.: Riziko rozhodnutí učiněného v šoku. Schüffel W., kol.: Radovat se z dalšího vzdělávání: Základní psychosomatická péče. DISKUSE: Odpověď Pavla Čepického Šimkovi. Křížová Eva: Porodní drama z pohledu zdravotnického systému a nad rámec psychosomatiky. ÚVAHY, NÁZORY: Hánová Zina: Několik poznámek k výuce medicíny. RECENZE: Honzák R.: Touha po extázi. Hašto J.: Darwinov kód a samovraždění atentáčníci. Evolúcia vysvetľuje náš život. (recenze knihy Junker T., Paul S.). POLITIKA, KONCEPCE, AKCE



PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Aleš Fürst: furst@pbsp.cz

Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.:+420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na

www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 2/2010 dne 30. 4. 2010, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 4. 2010. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V.Chvála. The articles are peer-reviewed. ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření se podílí řada vysokoškolských pracovišť. Je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praktiky a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, Katedra psychiatrie IPVZ
MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., Oddělení somatopsychiky VFN v Praze
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Centrum adiktologie PK, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., Katedra fyzioterapie FTVS UK Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, Ph.D., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah 1/2010

EDITORIAL: Chvála V. J.: Komunikovat znamená zneklidňovat	75
GLOSÝ	78
Honzák R.: Jsou ocvočkovaní jedinci také cvoci?.....	78
Honzák R.: Léčení deprese matky má smysl nejen po porodu aneb konečně slušný a kvalitní prvomájový projev!.....	81
KAZUISTIKA: Chvála V., Trapková L.: Po čem žijí diabetici?.....	83
TEORIE:	98
Poněšický J.: Empatie, intersubjektivita a ovlivňování v psychoterapii	98
Vápeníková K., Štěpánová T., Poušek L.: Management stresu u příslušníků vězeňské služby.....	105
ETIKA:	113
Tondlová H.: Riziko rozhodnutí učiněného v šoku.....	113
Schüffel W., kol.: Radovat se z dalšího vzdělávání: Základní psychosomatická péče.....	116
DISKUSE:	120
Odpověď Pavla Čepického (ad Šímek J.: Byla to autonomie ženy v porodnictví, která nás dovedla tam, kde jsme? PSYCHOSOM, 2010;8(1), s. 85).....	120
Křížová Eva: Porodní drama z pohledu zdravotnického systému a nad rámec psychosomatiky (Rak, T., Chvála, V. Psychsom 2010: 8 (1), s. 16–27	122
ÚVAHY, NÁZORY:	126
Hánová Zina: Několik poznámek k výuce medicíny.....	126
Šťastná Barbora: Rodinná anamnéza bezvýznamná?	128
RECENZE:	133
Honzák R.: Touha po extázi	133
Hašto j.: Darwinov kód (a samovraždění atentátníci). Evolúcia vysvetľuje náš život. (recenze knihy Junker T., Paul S.)	138
POLITIKA, KONCEPCE:	145
Pomůže únavový syndrom psychosomatické?	145
Zápisy ze setkání výboru SPPS 19. 4. 2010 na Psychosomatické klinice v Praze.....	147
Seminář: Ivan Verný, M. D.: Láska, konflikt a nuda 11. června 2010 v Praze	149
Základní psychosomatická péče 4: Onemocnění s primárně-tělesnou symptomatikou část 3.....	150
Seminář: Trauma v existenciálně analytické psychoterapii Praha 16.-17.října 2010.....	151
Pokyny pro autory časopisu	152

**Psychiatrie
pro praxi**

Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

EDITORIAL



CHVÁLA V. J.: KOMUNIKOVAT ZNAMENÁ ZNEKLIDŇOVAT

Jistě jste to také zažili. Těšili jste se na to, jak si s přáteli poklábosíte, ale místo toho jste se po večírku vrátili rozladění a zneklidnění. Někdo s vámi souhlasil, někdo nesouhlasil, jiný přinesl docela nečekaný pohled na věc a váš pohled znejistil. Kdo si prostudoval Luhmannovu knihu Sociální systémy (CDK, Praha, 2006), nebude překvapen. Slavný sociolog tvrdí, že „...komunikace nemůže být chápána jako systém integrující činnost, nemůže být chápána jako nastolení konsenzu“ (Luhmann, 2006, str. 196). Podle autora „...k nejdůležitějším činnostem komunikace patří senzibilizace systému pro náhody, pro poruchy, „noise“ všeho druhu. S pomocí komunikace je možné činit srozumitelným nečekané, nevídané, zklamání... Prostřednictvím komunikace

system zvyšuje svou citlivost a vystavuje se prostřednictvím trvalé senzibility a drážditelnosti evoluci.“

Prakticky jsme to zažili nedávno, když jsme s kolegyní přijali pozvání kolegů diabetologů, abychom se přidali k jejich jednání o složité situaci jejich pacientů – diabetiků. Přednesli jsme kazuistiku, na které jsme ilustrovali náš názor k vývoji „hyperglykemického chování“ v rodinném systému. Chtěli jsme přinést ještě jiný pohled, než jen zaměřený na genetickou výbavu či autoimunní reakci organismu. Vlastně jen pohled rozšířit od čistě biologických také k psychologickým a sociálním aspektům složitého stonání v rodině. A ani to nebyl moc nový pohled, takto se na věc díval už v sedmdesátých letech minulého

století náš kolega rodinný terapeut Salvador Minuchin. A dokonce to výzkumně doložil. Jenže se to diabetologům nedoneslo, nebo za ta léta ztratilo. Možná to ale není náhoda, všimli jsme si totiž, že naše sdělení zneklidnilo kolegy, kteří mají opravdu dobrou vůli slyšet i jiné názory, proto také svůj interdisciplinární seminář pořádají. Čtenář sám může zkusit, co s ním udělá takový jiný pohled na věc. Zjistí, zda jeho zneklidnění bude plodné (totiž bude plodit nové nápady), v takovém případě ho posune k větší diferenciaci a novému chápání souvislostí, nebo neplodné (nebude plodit nápady), to tehdy, když na neznámý pohled zareaguje jeho odmítnutím a zpevněním ve svých vlastních pozicích. Obě reakce jsou legitimní a možné, bez kladného či negativního znaménka. Kazuistiku si můžete přečíst v tomto čísle a na vlastní kůži zneklidnění vyzkoušet.

Některé rozdílné pohledy mohou být zdrojem takového neklidu, že vedou k akci, protestům, stížnostem, dovolávání se pravdy... bez ohledu na fakt, že každý účastník téže události nutně musel vidět věci jinak, tedy lze najít jen dílčí pravdivost, dílčí pohled na věc. Takový byl osud kazuistiky v minulém čísle, kterou napsali sami pacienti, účastníci porodu. Bylo nám jasné, že zdravotníci viděli věc zcela jinak a považují svědectví pacientů za vymyšlené. Dověděli jsme se také, že bychom jako seriózní časopis neměli publikovat takováto „neověřená svědectví pacientů“. Jak ověřená? Z policejního protokolu? Ze záznamu videokamer? Copak něco takového je možné? Pacient zažívá kontakt se zdravotnictvím po svém, zcela jinak než zdravotník, a jestliže se neustále vyhýbáme konfrontaci s jeho pohledem, dále nás to od sebe izoluje. Kolegové

v Německu už se tímto rozdílem zabývají delší dobu a dávají svědectvím pacientů velký prostor. Na svých setkáních záměrně pacienty vítají, a to tak, že nelze ani rozlišit, kdo je tam odborník a kdo pacient. Na to my ještě zdaleka nejsme zvyklí. Článek německých kolegů na toto téma zde přetiskujeme. Sami zvažte, jak velký rozdíl v chápání vztahu mezi lékařem a pacientem je u nás a v německých zemích.

Místem, kde oprávněně vzniká neklid z komunikace, je psychosomatická konference v Liberci. Schází se tu společnost různých profesí a na diskusi mezi nimi zde klademe důraz. Snad proto tak klademe důraz na přátelské prostředí, aby „to bolelo co nejméně“, aby byl neklid spíše plodný, než neplodný. Přes všechnu námahu, kterou při organizaci konference jednou za dva roky v Liberci podstupujeme, zažíváme radost ze setkání jako by šlo spíše o malou slavnost, než o konferenci. A pokud jste o konferenci přišli, můžete si ji skoro celou poslechnout díky audiozáznamu na CD nosičích.

A ještě jedna událost způsobila v našich řadách neklid- promítání krátkého filmu o psychosomatice „Hranice v psychosomatice“ v České televizi. Pan režisér Slávek Novák, který se problematice věnuje již několik let, přivedl ke konečné podobě bezmála půlhodinovou verzi původně zamýšleného hodinového filmu. Jako správný umělec vyhmátl z oblasti, kterou se zabýval, některé fenomény, které ho zaujaly. Myslím, že pravdivě nás zahlédl jako lékaře na okraji medicíny, kteří se věnují pacientům s velkým nasazením, ale nemají za to velké uznání. Zahlédl strach, nejistotu, pochybnosti. Chtěl ukázat, jak vypadá taková terapie, ale co lze vlastně z naší práce ukázat atraktivního v obrazech? Tak se v úvodu filmu objeví Jiřina Prekopová se svou

terapií pevným objetím, což řadu diváků odradí. Proč? No protože to přece vyvolává příliš silné zneklidnění. V tak krátkém filmu nešlo ukázat celou šíři toho, co psychosomatická a psychoterapeutická medicína dnes u nás už obsahuje. Mladší generace se pustila do práce s velkou vervou a asi by se u nich už nenašly stopy strachu a pocitu méněcennosti, ale naopak zaujetí a radost ze smysluplné práce. A tak jsme nutně zažili nejrůznější reakce od velmi kladných až po záporné. To je ale snad dobře, ne? Film ostatně obdržel cenu Vesmíru za nejlepší film z oblasti přírodních věd (sic!) na letošním Academia filmu Olomouc.

Doufám, že toto číslo ve Vás vzbudí žádoucí neklid, a třeba Vás povede k tomu, že o své práci také napíšete. Vedle výzkumné práce, jakých bychom rádi tiskli více (tato se týká stresu pracovníků vězeňské služby), stojí za přečtení teorie z pera Jana Poněšického. A pokud nemáte vůbec čas, potěší vás dvě glosy. Zato na obě dnešní recenze si času nechte více, určitě se nebudete nudit. Mám jen starost, abyste nás nezačali považovat za humoristický časopis.

V Liberci 8. května 2010

chvala@sktlib.cz

GLOSÝ



HONZÁK R.: JSOU OCVOČKOVANÍ JEDINCI TAKÉ CVOCI?

„Humans are self-decorating apes.“ Nina Jablonski

Tetování, piercing a další ozdobné či zkrášlující prvky jsou známé – po objevu mumie člověka nazvaného Ötzi – minimálně 5300 let. Vykopávky na Středním východě je zjišťují před čtyřmi tisíciletími a v knize Genesis je zaznamenáno, jaké šperky poslal Abraham své budoucí snaše: *Když se velbloudi napili, vzal muž zlatý nosní kroužek o váze půl šekelu a dva náramky pro ni o váze deseti šekelů zlata (Gn 14:23)*. Dlužno dodat, že se Abraham nepředal, a to ani tehdy, pokud šlo o velký šekel, vážící 16 gramů. Asi nechtěl, aby se nevěsta dostavila

s chobotem. Pátá kniha Mojžíšova pak mezi dalšími pravidly doporučuje také koncizní aplikační postupy (tehdejší guidelines): *Kdyby ti (otrok) řekl: „Nechci od tebe odejít,“ protože miluje tebe i tvůj dům a je mu u tebe dobře, vezmeš šídlo, připíchněš mu ucho ke dveřím a bude provždy tvým otrokem. Totéž učiníš i své otrokyni (Dt 15:16–17)*. Stále mi však není jasné, jak ochránili majetek, když otrok s dveřmi na uchu zaběhl dejme tomu na nákup do nedalekého supermarketu.

Kromě zdobíací funkce měly všechny tyto dodatečně vytvořené atributy také účel rituální; bránily vstupu démonů do těla přirozenými otvory a současně jejich instalace poskytovala oběť bohům ve formě bolesti a krve. Piercing jazyka pravděpodobně první praktikovali středoameričtí Indiáni – Aztékové, Mayové, ale daleko na severu též Kwakiutlové a Tliglitové, evropský Ōtzi z rakouského ledovce měl šíp v zádech (to nebyl piercing) a k tomu sedmi- a jedenáctimilimetrové otvory v ušních lalůčkách. Na rozdíl od dnešní doby nebyl v historii shledán piercing pupku. Za ideály krásy v různých kulturách byly považovány také arteficiálně vytvořené deformity lebky, páteře a končetin. Neopominutelný je sociální význam piercingu určujícího příslušnost ke skupině a snad také označení hierarchického postavení.

V civilizaci, které jsme navyklí říkat proamerická, byl po dlouhou dobu běžný jen piercing ušních lalůček u žen. Výjimečně používali tento postup též námořníci s odůvodněním, že zlatý kroužek v uchu jim zlepšuje zrak (akupunkturální bod?). Poslední čtvrtstoletí přineslo významný nárůst tohoto jevu, takže někteří jeho protagonisté, vesměs majitelé piercingových a tetovacích salonů, poněkud nabubřele mluví o „hnutí“. Nejčastějšími kandidáty piercingu jsou mladí lidé od 12 do 24 let, nicméně ve sledovaných souborech se vyskytují také šedesátníci. Ženy vyhledávají tyto služby signifikantně více než muži. Místa, kam jsou po vpichu dutou jehlou umísťovány kovové či jiné nerostné materiály, jsou rozseta po celém těle, od výše zmíněných „standardních“ přes zuby až po genitál. Objevují se též různé inovace, např. vpravování nevstřebatelných materiálů do podkoží, a to nejen silikonové vložky do prsů.

Medicínu piercing dlouho zajímal jen jako zdroj nejrůznějších alergických a zánětlivých komplikací u často pokoutně a za nevysokých hygienických standardů provedených zákroků. Existují desítky prací popisujících stomatologické problémy vycházející nejen ze zásahů přímo na zubech (vsazování drahokamů do řezáků), ale i na sliznicích při zavádění cizích těles do rtů, lokální, celkové (včetně hepatitidy B) i metastaticky šířené záněty, až po mnohočetný absces mozku, dermatologické reakce, keloidní jizvy či komplikace při neodkladných operacích.

Mnozí sociologové, kteří se této problematice věnují, uzavírají, že na rozdíl od původní sociální funkce (příslušnost ke společenství) má piercing signalizovat vystoupení z „hlavního proudu konzumní společnosti“, paradoxně však jeho nositelé vytvářejí nové (jinak) konzumní společenství. Osobní důvody uváděné jedinci vyzpovídanými v různých výzkumech jdou od touhy po zkrášlení přes zvýšení sexuální atraktivitu, pocit síly, náhražku iniciačních rituálů až po projevy vzdoru vůči rodičovské autoritě („tak tenhle piercing se rodičům rozhodně líbit nebude!“). Přestože se pan doktor Stirn (1) snaží prosadit ušlechtilou ideu, že na toto počínání nemáme hledět jako na sebepoškozující akt prováděný okrajovými společenskými skupinami (a jedním dechem dodává, že piercing se významně častěji objevuje u mladých nezaměstnaných), většinová společnost vnímá ocvočkované jedince jako příslušníky drobet nevrle přijímané subkultury vyznačující se nebezpečnou psychopatií.

A právě této charakteristice je věnována recentní práce francouzských autorů v časopise *Psychotherapy and Psychosomatics*, která mapuje výskyt psychopatologické symptomatologie

mezi nositeli piercingu. (2) Autoři provedli metaanalýzu celkem 23 studií věnovaných tomuto tématu s následujícími závěry: prevalence piercingu v celé populaci se pohybuje od sedmi do čtrnácti procent, přičemž u adolescentů je toto číslo třikrát vyšší. Již podceňování nebezpečí infekce řadí chování kandidátů na piercing mezi chování „vysoce riziková“. Autoři tedy analyzovali také spojitost s ostatními typy jednání, která jsou za obdobně riziková považována. Vypočítaná míra pravděpodobnosti (Odds ratio – OR) je pak číslo vyjadřující kolikrát (ve srovnání se standardní populací) je větší pravděpodobnost, že se sledované dvě skutečnosti vyskytnou společně.

Pro nadměrné užívání alkoholu je OR=5,5, pro kouření tabáku OR=3,1 a pro užívání drog (navzdory jedné studii, která žádného drogistu nenašla!!!) u mužů OR=2,2, zatímco u žen OR=4,1. Několik sledovaných studií také popsalo vysoce rizikové sexuální chování, činy nebo jednání ve stylu ruské rulety, patologické hráčství a rizikové jednání v souvislosti s požitím alkoholu. Ne zcela konzistentní jsou nálezy týkající se souběžného výskytu poruch příjmu potravy a depresivní symptomatologie, protože práce, které tyto souvislosti sledovaly, nestavěly na jednotném východisku. Významnější souvislosti však byly shledány ve vztahu

k osobnostním charakteristikám. Pro antisociální jednání bylo OR=2,6, a to spojené jak s impulzivitou, tak s necitlivými postoji; zlobné reakce se ukázaly jako předpověď požadavku o piercing v budoucnosti u mužů i u žen.

Studie tak postihuje především souběh rizikového chování a některé osobnostní rysy jedinců s piercingem. Autoři jsou si vědomi určitého zúžení pohledu a doporučují zaměřit se v příštích sledováních ještě na další okolnosti, například sebevražedné myšlenky a pokusy v minulosti, dynamiku osobnostních charakteristik a postojů, a také na větší znalost problematiky s možností cílené intervence u praktických lékařů, kteří se s touto populací setkávají nejčastěji.

1. Stirn A.: „My body belongs to me“ – cultural history and psychology of piercings and tattoos. *Ther Umsch*, 2007; 64(2):115–119
2. Bui E., Rodgers R., Cailhol L., et al.: Body Piercing and Psychopathology: A Review of the Literature. *Psychother Psychosom*, 2010; 79:125-129 (DOI: 10.1159/000276376)

Praha – 28. 2. 2010 MUDr. Radkin Honzák, CSc., radkinh@seznam.cz

HONZÁK R.: LÉČENÍ DEPRESE MATKY MÁ SMYSL NEJEN PO PORODU ANEB KONEČNĚ SLUŠNÝ A KVALITNÍ PRVOMÁJOVÝ PROJEV!

Na prvního máje 2010 přednesla Carol Weitzmanová z Lékařské fakulty Yale University na konferenci pediatrických akademických společností ve Vancouveru referát věnovaný vztahům mezi depresí matky, postižením dítěte a možnostmi léčby, který zaujal natolik, že se ocitl v médiích a za týden v časopise Scientific American. Moje excerpce vychází jak z tohoto zdroje, tak z kongresových pramenů Weitzman a spol.:

<http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=maternal-depression>

http://www.abstracts2view.com/pas/view.php?nu=PAS10L1_896&terms

Četné studie již poukázaly na to, že deprese matky nepříznivě ovlivňuje vývoj dítěte, a tedy že léčba této poruchy je nanejvýš indikovaná. Přitom se studium poporodní deprese omezuje většinou na sledování stavu matky bezprostředně po porodu a několik týdnů či měsíců po něm, přičemž je vesměs opomíjena skutečnost, že deprese může probíhat dlouhodobě, někdy periodicky, někdy chronicky.

Deprese matky zhoršuje kvalitu připoutávací vazby; není to izolovaný jev, ale různě dlouhý úsek časového kontinua, které nezřídka začíná již během těhotenství a depresivní matka vždycky hůř navazuje kontakt se svým dítětem, bez ohledu na jeho věk. Matky nejsou schopny se pozitivně projevit, hrát si s dětmi, číst jim, zpívat. Dokonce mohou mít problémy s běžnou péčí a jejím zajišťováním a v rodičovské roli bývají méně jisté, což se může odrazit třeba v nekonzistenci při vyžadování kázně nebo při vytváření návyků.

V mnoha případech se roztáčí bludný kruh neblahých příčin a špatných následků. Když matka nereaguje dobře na potřeby dítěte, dítě nereaguje dobře na matku, což zvedá úroveň úzkosti, agrese a dalších nepříznivých emocí. Tyto skutečnosti jsou tím zřetelnější, čím je dítě starší, patrně proto, že narůstající úzkost vychází z narůstajících obav z obtíží, které se mohou vyskytovat a narůstat s věkem dítěte. Jestliže se deprese v různé intenzitě vyskytuje až u 10 % všech matek, je její výskyt v rodinách s problémovými či postiženými dětmi více než 20 %. Riziko stoupá, pokud se přidruží další faktory: nízká úroveň vzdělání, chudoba a sociální marginalizace.

Weitzmanová se svým týmem sledovala 71 vybraných ze 731 matek dětí starších než jeden rok a mladších než čtyři roky ze špatných sociálních poměrů s nedostatečnou zdravotní péčí, u nichž nejprve screeningem, a posléze klinickým vyšetřením prokázala depresi. Celý vzorek byl rozdělen do dvou skupin. Matkám v intervenované skupině byla poskytnuta cílená kognitivně behaviorální terapie (KBT), druhá skupina měla zajištěnou standardní péči, což znamenalo odkázání na sociální pracovnice/pracovníky s možností obrátit se také na specialisty. KBT spočívala v tom, že školení sociální pracovníci nejprve přiměřeným způsobem poučili matku o souvislostech mezi její depresí a rozvojem dítěte, poté následovala 62hodinová terapie v typickém rámci KBT (objasnění a restrukturalizace vztahů mezi myšlením, náladou, pocity, prožíváním a chováním, identifikace stigmatizujících faktorů,

praxe v relaxačních technikách, redukce negativních myšlenek a objasnění vztahů mezi náladou matky, náladou dítěte a jeho chováním). Matky v obou skupinách vykázaly zlepšení, ale jen u skupiny KBT byl patrný také signifikantní pokles problémů vycházejících z chování dítěte.

Statisticky významné výsledky neznamenaají ještě plné uzdravení všech léčených, takže pro některé matky v podobné situaci může být užitečná také

jiná léčba, například rodinná terapie, jak vplynulo z diskuse. Včasná léčba deprese má však nejen hodnotu lidskou, ale také cenu ekonomickou; každý dolar investovaný do této (z hlediska dítěte) prevence, se v jeho dospělosti vrátí zdravotnímu systému osmkrát! A je nutné zaměřit se nejen na časné poporodní období, ale s přihlédnutím k dalším negativním faktorům na podstatně delší úsek.

8. 5. 2010 Radkin Honzák

KAZUISTIKA



CHVÁLA V., TRAPKOVÁ L.: PO ČEM ŽÍZNÍ DIABETICI?

SOUHRN

Chvála V., Trapková L.: Po čem žízní diabetici? PSYCHOSOM, 2010;8(2), s. 83- 97

Autoři upozorňují na fakt, že přes stále lepší diagnostické i substituční možnosti medicíny počet pacientů s diagnózou diabetes mellitus neustále stoupá. Kladou si otázku, zda jsme jednostranným zaměřením na biologické aspekty tohoto závažného onemocnění nepřehlédli jeho významné psychosociální kořeny. Obracejí znovu pozornost k rodinnému systému, v němž vznikají v případě krize rodičovského páru značné nároky na organismus dítěte, který pod vlivem stresu může rozvinout své nadání pro zvyšování glykemie. Autoři jsou rodinní terapeuti a jsou s vědomí obtíží, které tento přístup přináší především pro rodiče nemocného dítěte. Avšak soudí, že by se vědecké zkoumání nemělo vyhýbat ani těžkým a nepříjemným otázkám, jde-li o to, pochopit podmínky vzniku závažné tělesné poruchy, která postihuje stále větší část populace. Na kazuistice ilustrují, jaké psychosociální okolnosti a vlivy při vzniku diabetu mají na mysli. Na závěr kladou řadu otázek, na které by bylo třeba hledat odpovědi.

Klíčová slova: diabetes mellitus, rodinná terapie, psychosomatika, stres

SUMMARY

Chvála V., Trapková L.: What Do Diabetics Thirst For? PSYCHOSOM, 2010; 8 (2), pp. 83- 97

The authors draw attention to the fact that, despite the improving diagnostic and substitution options of medicine, the number of diabetes patients is increasing. They wonder whether we have overlooked the significant psychosocial roots of this disease through a one-sided focus on the biological aspects of this serious disease. They again catch our notice towards such a family system in which considerable demands on a child's organism arise out of the parents' crisis. Under stress the child's organism can develop the talent to raise blood sugar. The authors are family therapists and they are aware of the difficulties that this approach brings above all parents of a sick child. However, they consider that the scientific study should not avoid neither difficult nor unpleasant questions as if trying to understand the conditions of the genesis of a serious physical disorder that affects an increasing proportion of the population. The authors illustrate what psychosocial factors and influences in the development of diabetes keep in mind. At the conclusion they ask quite a few questions that would need to seek answers. They suggest that sociologists, anthropologists, systemic family therapists and other professions engage in the research of this serious disease.

Keywords: diabetes mellitus, family therapy, psychosomatics, stress

ÚVOD

Diabetes mellitus, žíznivka cukrová, je stále častější onemocnění i v naší populaci. (ÚZIS ČR) Nedávno jsme si připomínali výročí objevu inzulínu, který významně zlepšil prognózu jinak neléčitelných pacientů. Nepřehlédli jsme ale s tímto objevem něco podstatného? Víme už, PROČ se zbavuje organismus svého inzulínového aparátu, nebo jen JAK se ho zbavuje? Ztráta regulace hladiny cukru se zdá být veskrze nesmyslným omylem přírody, který nemůže být k ničemu dobrý. Ve svém důsledku také vede jen k další devastaci a bez léčby i k rychlé smrti. Kdyby tady měl být nalezen nějaký smysl pro zvýšenou hladinu cukru v krvi, kterou si organismus poškozením regulace porídí, dal by se pro své zhoubné účinky srovnat snad jen se závislostí na droze, která

postupně člověka zničí, a přesto si ji ve stavu závislosti žádá.

Naše úvahy vycházejí ze zkušeností z rodinné terapie, kde je běžné ptát se po smyslu symptomu. (Minuchin, 1978) Systemická teorie nabízí možnost porozumět chování složitých systémů jak na úrovni biologické, tak psychické, ale i sociální. (Lumann, 2006) Na symptomy se díváme jako na výsledek tvůrčího procesu organismu samotného. Organismem však nerozumíme jen biologickou úroveň existence člověka, ale také jeho sociální a psychickou složku. Všechny tyto úrovně se v jedinci potkávají, proplétají a dávají vyvstat složitému chování, jehož součástí je také selhávání. Například selhávání některé biologické funkce, třeba regulace hladiny

cukru. Nechejme nyní stranou detaily takového procesu, jeho genetickou či epigenetickou složku, zabývejme se chvíli jen významem a důsledky takového „hyperglykemického chování“, abychom nazvali proces nějak bezpředsudečně. Zkusme se na chvíli osvobodit od znalostí laboratoře i od jistot nepochybných genetických vlivů na vznik poruchy regulace glykemie. (Průša, 2006)

V rodinné terapii se s diabetickým dítětem setkáváme spíše vzácně, převážně tehdy, kdy je onemocnění příliš nezvladatelné běžnou léčbou. Tyto rodiny mají něco společného. Na časové ose se manifestuje onemocnění často v době hluboké krize rodiny, v období zvýšeného stresu, který se na vzniku onemocnění nepochybně podílí. (Burger, 1996) Nejde o obyčejný stres, který vyvolává každá výchova dítěte. V době, kdy rozklad partnerství rodičů produkuje mnohem větší napětí než sama výchova dítěte, může zátěž dětského organismu přesáhnout fyziologické meze. Zdá se, jako by dítěti chybělo právě bezpečí mateřské náruče, jistota, bazální stabilita, bezpodmínečná ochrana. Něco, co se dá snad simulovat zvýšením cukru v krvi, stav, který dítě nepochybně zažívá po nakojení, tedy jakýsi chemický důkaz fyzické přítomnosti matky. Je možné, že takový „trik“ umí jen „nadané děti“, třeba ty, které mají potřebnou informaci v genetickém materiálu, nebo toho dosáhnou i jinak, třeba náhodnou regulací. Náhodný výkyv glykemie pak může být organismem – samozřejmě nevědomě – vegetativně udržován. Vzestupu glykemie a metabolitů nadledvinkových hormonů během rozhovoru s rodinou si všiml poprvé Minuchin a jednoznačně tento jev výzkumem doložil. (Minuchin, 1974)

Podrobná pozorování rodin s diabetem, jaká umožňuje práce s rodinou při rodinné terapii, nejsou častá, ale jejich podobnost je nápadná. Může to být chyba malých čísel, nebo omyl pozorovatele, ale přesto považujeme za důležité podat o našich pozorováních a úvahách zprávu odborné veřejnosti. Uvědomujeme si, že jakékoli jiné než čistě biologické úvahy o vážném onemocnění v rodině přinášejí nebezpečí „psychologizace“ a vyvolání pocitů viny u rodičů takto nemocných dětí. A přesto, i s vědomím takového rizika, o tom nemůžeme mlčet. Co když existuje způsob, jak by bylo možno s větším pochopením pro systém s „hyperglykemickým chováním“ preventivně bránit rozvoji dalších diabetických dětí? To dnes nevíme, ale na začátku většiny objevů, dokonce ani u objevu inzulínu, není možno dohlédnout dosahu nového vhledu. Jedno je jisté, o vině nelze mluvit, protože nikdo ze zúčastněných, má-li nějaký vliv na vznik a průběh onemocnění, se nechová vědomě s úmyslem někoho poškodit. Naopak, rodiče diabetických dětí zaslouží obdiv a podporu ve svém nelehkém údělu.

Většinu toho, co se v rodině děje, se nikdy nedozvíme. U některých rodin se díky zvláštním okolnostem můžeme dovědět víc a to může vrhnout světlo na celý nepochopitelný proces diabetu. Rodinu, kterou vám chceme představit, jsme znali více než jiné, protože matka u nás absolvovala skupinovou terapii a díky tomu jsme poznali historii jejího nastupujícího mateřství dostatečně podrobně i v jeho nevědomé úrovni – tedy v tom, na co se nedá zeptat nebo snadno odpovědět v jednom sezení při odebrání běžné anamnézy. Když přišla znovu, tentokrát už s vymodleným dítětem, bylo „hyperglykemické chování“ plně rozvinuté. Případ jsme řešili již

před lety, máme jej podrobně zdokumentovaný, ale detaily jsme

pozměnili tak, aby nebyla rodina snadno identifikovatelná.

VYMODLENÉ DÍTĚ

Příjem rodiny do léčby pro nahromadění symptomů od února téhož roku, kdy nejprve těžce onemocněla babička, matka matky (FF) malignitou. Hned na to druhá babička, matka otce (FM), která hodně vypomáhala plně zaměstnané matce, dostala mozkovou mrtvici a do měsíce onemocněl jediný vymodlený, tehdy šestiletý syn Kája. Šlo to rychle a klasicky, žízeň, polyurie, hubnutí, vysoký cukr v moči i v krvi. Je jasné, že matka v té době byla značně zatížena, do toho se prý rozpil manžel, před 3 lety léčený pro závislost na alkoholu. Lékařka diagnostikovala u dítěte diabetes mellitus tak nestabilní, že nám zavolala, abychom se rodiny ujali.

Během skupinové terapie matky, ještě před narozením Karlíka, se z její minulosti vynořilo několik situací, které vážným způsobem poznamenaly její vývoj jako dcery, ženy a potenciální matky. Není proto divu, že v dospělosti měla naše pacientka gynekologické potíže a opakovaně potrácela v prvním měsíci těhotenství. Na konci skupinové terapie donosila dítě, a tak se narodil syn Kája. V současnosti je matka velmi zdatná a výkonná, celou rodinu živí. Před sedmi lety přišel o práci manželův otec, děda. Prý došel domů a lehl a od té doby jen chátrá a nic nedělá. Stará se o něho jeho žena, babička. Těch sedm let, to je také doba, co manžel prý holduje alkoholu, a stejná doba uplynula od

doby, kdy matka donosila vymodlené dítě. Náhoda? Nyní, když onemocněla babička, je děda umístěn v léčebně dlouhodobě nemocných, protože nebyl schopen sebeobsluhy.

Při první návštěvě se s námi nehodlá mladý muž Kája vůbec bavit, necháme ho proto v čekárně, za chvíli ho ale odsud „zažene“ náš malý pes Ťapka do ordinace. Karlík příběhne vyděšený, že prý se na něho řítí strašný vlčák. A tak vejdem do kontaktu také s Karlíkem. Rozcapuje se, drží se u matky, do školy (po odkladu školní docházky) nehodlá chodit, bojí se tam učitelky. Když se trochu osmělí a přestane se vinout po matce, vylíčí, jak léčí tatínka, který mívá bolesti v zádech, dává mu „body“, ukáže se, že akupunkturní, a hned předvede, jaký je senzibil. Sám si diagnostikuje nemocnou slinivku a játra svou dlaní, cítí tam „teplo“, jak ho to naučil nějaký léčitel. Matka ho hrdě pozoruje (*je ráda, že je už tak velký a chytrý*).

Závěr: Nestabilní diabetes mellitus I. typu. Nerovnoměrný vývoj dítěte? Navrhujeme rodinnou terapii s externalizací, nejprve je třeba si dítě získat.¹

¹ Zde myšlena externalizace jako nástroj narativní rodinné terapie autorů Michaela White a Davida Epstona (White, 1990)

Zkusíme zde nemožné: vylíčit ve zkratce deset sezení, která jsme s rodinou absolvovali. Během nich se ukázalo, v jak těžkých podmínkách milované a vymodlené dítě vyrůstá. Materiálně v nadbytku, ale z hlediska emocí je situace velmi složitá. Matka s otcem dávno nesdílejí intimitu. Matka prakticky živí celou rodinu, vydělává desetkrát více než manžel, tomu také inverzně odpovídá množství času, které může s dítětem trávit. Po její zkušenosti z vlastního dětství si lze představit, s jakou nejistotou v sobě mateřství hledá, ale současně jak jí na dítěti hodně záleží.

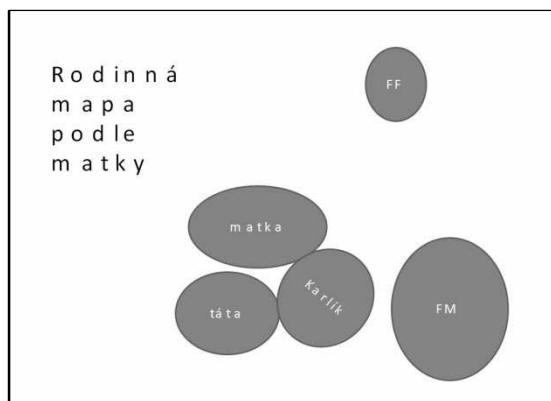
Na druhém sezení jsme už dva terapeuti (lékař a psychologka) a vidíme matku se synem. V čekárně slyšíme hroznou scénu, dnes jsou v čekárně náhodou dokonce dva psi. Karlík se bojí, táhne matku zpátky do auta, nechce jít dál. Když okolí není povolné, dítě přejde do agresivity verbální, sprostě si ulevuje. Pak se ukáže, že se bojí, aby mu tady nechtěli něco dělat, „hlavně žádné operace“. Když se ptáme, proč se tak bojí psů, řekne, že se bojí, že by ho zabili. A on chce žít věčně. Chceme toho využít k boji proti nemoci, ale on popře, že by měl jakoukoli nemoc. Nemá žádnou cukrovku, to ví přesvědčivě a pevně (*popírá*). Později podobně přesvědčivě ví, že když se vzteká, má vysoký cukr. Také je jisté, že nebude chodit do školy, už teď má odklad. Od té doby, co je nemocný, nemusí chodit ani do školky! Je s tím zjevně spokojený. Divíme se, a když hledáme nevýhody, které jim nemoc způsobuje, nacházíme jen samé výhody. Matka mu sice slíbila, že nebude muset do školky, ani když se uzdraví, ale on nechce chodit ani do školy. Když se ptáme proč, říká: „Chci být takhle hloupej.“ Znovu a znovu se obrací

k matce, aby už šli pryč. Dá se ale získat ke hře, rád vypráví obsahy bojových filmů, předvádí střelení. Matka poměrně pevně odolává nájezdům dítěte, nenechá se odvléci, on stupňuje svůj vztek, mluví sprostě. Jak zacházejí se vztekem doma? Když přepadne Karlíka, hodí ho na mámu, ta se ale většinou nedá, nepřijme ho, a tak se vztek vrátí Karlíkovi. Kdo se tam ještě vzteká? Táta. Ten se obvykle s klukem hádá, a vztekají se oba. To ale končí tím, že otec začne útočit na matku. A co ona? Ona se většinou nedá, ale někdy tím také sekvence skončí.

Dnes se nepouštíme do žádných intervencí, jsme jen pozorní. Vznikají neobvyklé interakce, které nejspíš souvisejí s tím, že terapeut vedl skupinu, do které matka kdysi chodila, zná proto její příběh do větší hloubky, než by přítomná interakce umožňovala. Dítě vzdorně trvá na svém, že do školy nepůjde, když vyjádříme pochybnost, rozzuří se: „Do prdele!“ a hned zoufale pláče.

Terapeutka se ho ujme, laskavě i věčně mu nabídne pastelky a papír, objasní mu, že teď si budeme povídat s matkou, sejme z něj odpovědnost za další průběh sezení. Dá mu vybrat, může odejít do čekárny nebo zůstat. S matkou pak otevíráme historii rodiny, kterou mužský terapeut už zná. Sáhne po kamenech a sestavujeme mapu rodiny.¹ Nejpozoruhodnější je sestava máma-otec-dítě. Před nástupem Nemoci stáli všichni těsně u sebe, největší kámen ze

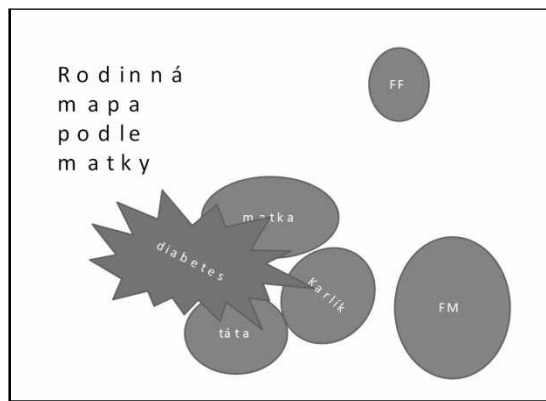
¹ Práce s kameny, běžná součást rodinné terapie, mapování rodiny – zde pomocí sady kamenů. Instrukce zní: vyberte pro každého, kdo patří do vašeho světa, jeden kámen z této sady a položte ho na místo, kde asi je ve skutečnosti, tedy tak daleko od dalších osob, jak si myslíte, že to je.



OBRÁZEK 2 RODINNÁ MAPA DLE MATKY

všech vybrala pro Nemoc matka a vložila jej do těsného seskupení tak, že naprosto oddělil rodiče od sebe. Takže oba mohou volně k dítěti, ale spolu se ani nezahlednou.

Terapeutka si to ověřuje: Tak je tomu i v realitě? Matka přisvědčí, teď už na sebe nemají s manželem vůbec žádný čas, pečují jen o Nemoc. Vzniká otázka, jestli se tam dostává pozornost samotnému dítěti. Terapeutka dává najevo zmatek. Jak je to s prarodiči? Z vyprávění se dověděla, jak matka pečuje o všechny, ale teď, v jejím podání se zdá, že si drží obě babičky docela od těla. Svě matce (FF) zařídila dům s pečovatelskou službou, takže z nemocnice půjde přímo tam místo do vlastního bytu. Obává se, že si ji matka chce nemocí přilákat k



OBRÁZEK 1: RODINA S DIABETEM

sobě, tomu se vědomě brání. A tchyně (FM) k ní chodí pod záminkou, že se jde podívat na Karlíka, ale pak s ním vůbec není a místo toho uklízí celý byt. Matka to řeší vyčerpávajícím způsobem: před příchodem tchyně sama co nejpečlivěji uklídá, takže pak nemá čas na nic jiného, ani na syna. V pozadí tušíme napětí mezi tchánem a tchyní.

Vypracujeme úkol do příště: Inzulín by měl mít na starosti co nejčastěji otec – umí to, ale dělá to nerad. *(Takový úkol je veden s úmyslem klást překážku spontánní tendenci dítěte, připoutávat si nemocí matku více k sobě.)*

Na třetí sezení otec ještě nemohl přijít. Nese podle matky těžce, že od té doby, co má syn cukrovku a nechodí do školky, se nemůže on věnovat práci, jak by potřeboval. Je mu přes čtyřicet, rád by postupoval v kariéře. Místo toho se musí doma střídat s matkou v hlídání. Ta si od posledního sezení prosadila vůči tchyni, že jí nemyje nádobí a chová se u nich doma víc jako na návštěvě, ale babička je tím pádem neklidná, nevydrží sedět vedle dítěte a nic jiného nedělat.

Předem jsme rozhodnutí nespíchat s externalizací, jen dítě získávat a mapovat situaci. Psa jsme zavřeli, terapeutka vyšla do čekárny a dala chlapci vybrat, ve které chce být místnosti, řekne „tam, kde jsme byli minule“. To má výhodu, můžeme natáčet videozáznam. Matka s natčením souhlasí a Karlíkovi to oznámíme. Nabídneme plastelínu a malování a dál se mu očividně nevěnujeme. Chlapec chvíli pozorně sedí a poslouchá dospělé, k samostatné činnosti se nemá, pak začne být

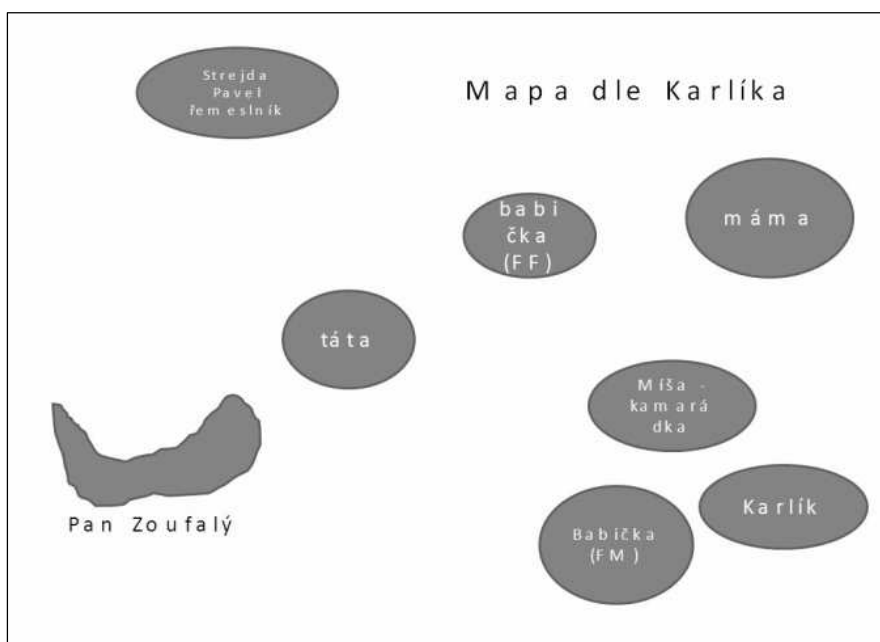
netrpělivý a naléhá na matku, aby šli domů. Ta je pevná, odkládá syna na jeho židli, a nabízí mu, aby se, jestli se nudí, porozhlédl po domě. Kluk přijde štípnout terapeutku. Ta to bere jako pozdrav. Vyptáváme se matky, co by o jejich situaci říkal otec, kdyby tady byl, moc se toho nedozvíme. Agresivita dítěte se projevuje mírněji než minule, vzpomene na nějaký film o ženě, která bojovala jako muž. Oznamí, že on by taky nejraději zabíjel lidi. Pochválíme jej, že by bojoval s nepřáteli, a pozveme jej ke kamenům. To nejen že neodmítne, ale rychle naklade kameny výmluvným způsobem. Matka je z toho překvapená,

návštěvy, ať už strejdu, nebo otcovy klienty, ještě tak snese tetu. Tak nedávno přinesl soused Karlíkovi jahody, ale ten po něm vztekle vyjel.

Nechceme napínat chlapcovu trpělivost, tak se rozdělíme. Terapeutka s ním odchází do velké místnosti a terapeut, se kterým má matka dlouhodobý dobrý vztah z předcházející skupinové psychoterapie, zůstává s matkou.

Karlík terapeutku překvapivě dobře akceptuje, se samozřejmostí dělá, co mu navrhuje. Usednou ve velké místnosti u

stolu a chvíli spolu něco kreslí, spíš terapeutka než dítě. To naslouchá zvukům z ulice, dojemně se zeptá, jestli to jsou slyšet děti. Nechá se dovést k oknu a vyprávět o tom, že blízko je mateřská škola. Svěří se, že on taky chodil do školky, skoro to vypadá, že se mu po ní stýská. Kolem oken jde nějaká matka se dvěma



OBRÁZEK 3 MAPA RODINY DLE KARLÍKA

jak velkou vzdálenost ukázal syn mezi všemi figurami, a nejvíc nesouhlasí se vzdáleností mezi synem a otcem. Karlík vybere ohromnou babičku (otcovu matku), kterou si položí těsně vedle sebe, blíže než matku. Později se dovíme, že tchně táhne dítě spíše do nižšího věku, kdežto matka i otec jej naopak urychlují. K sobě ještě položí stejné starého kamaráda. Znázorní i návštěvy, proti kterým se bouří a vyvádí, chrání teritorium rodiny. Zvláště nesnáší mužské

dětmi pod 3 roky. Terapeutka pochybuje, že by už mohly chodit do školky, a Karlík běží za matkou, aby se jí vyptal, jak staré děti mohou do školky. To už se i tam chýlí rozhovor ke konci. Ukázalo se, že dítě ve svém chování osciluje mezi mnohem nižším a mnohem vyšším věkem než je ten kalendářní. Dolů táhne babička (otcova matka) a nahoru matka. Ta objevila, že nejvyšší glykemii má syn v konstelaci otec-syn-matka, a že to je ta nejtěžší sestava.

V oidipovském období to neudiví.¹ Karlík se raduje, že dostali termín až za 3 týdny, že je to dost dlouho.

¹ Oidipovské období, pojem pocházející z psychoanalytické teorie (viz oidipovský komplex), zde míněno období mezi 5–7 rokem věku dítěte, které ve svém vývoji překonává nepohodlí pronikání do mužského světa svého otce z ochraňujícího světa matky. To vyžaduje zvýšit bojovnost a odolnost dítěte. Je to běžný vývojový práh

Vybídne ještě matku, aby nám se synem ukázali, jak zjišťují glykemii. Přístroj vypadá jako mobil, Karlík ho nosí pořád s sebou v dětském batůžku. Už nezúročíme, že tak je nemoc ideálně ztělesněná a měřitelná na stupnici. Karlík si zacpává uši, jen očima vytřeštěně hledí, jak silnou má glykemii. Je přes dvacet.

v našem chápání rodiny jako sociální dělohy. (Trapková, Chvála, 2004)

Teprve při čtvrtém setkání vidíme také otce. Je to na pohled sympatický vstřícný muž, není třeba jej získávat. Karlík, v čekárně ještě negativistický, nechce do pracovny, ale rodiče mu nedají vybrat, dosáhnou bez problémů, že si sedne na židli, terapeutka mu ukáže, kde si může co půjčit, aniž by mu to strčila pod nos, a dál jednáme jen s rodiči. Karlík nás štípe pod stolem. Terapeutku se pokusí počmárat fixem, ale dospělí to krátce a pevně nedovolí, dál už maluje jen po papíře. Postupně je možné, aby se k němu terapeutka připojila, a Karlík se nebrání. Otec se nijak nenechá vyvést z klidu, když synek vzdoruje, poznamená věčně, že Karlík umí být také něžný. Drobně a pevně se pokoušíme o externalizaci. Terapeutka využívá zkušenosti se situacemi z minula. Karlík se postaví proti termínu „cukrovka“. Nabídneme místo ní jméno „Pepík“, vytváříme konfusi kolem pojmenování nemoci. Pak lehce externalizujeme s rodiči, a tím obcházíme Karlíkův vzdor. Zpředměťujeme nemoc pomocí přístroje glukometru, tam oceníme, že Karlík rozhodně nemoc nehájil, ale kulil minule oči, aby glykemie nebyla vysoká.

Kreslíme ji jako prase, které se zvětšuje a zmenšuje. Karlík komunikuje pomocí tiskacích nápisů a čísel, kterými zaplní celý papír. Psát se učí spontánně, otec se poptává, jak moc může učit dítě psát. Karlík ovládá číselné hodnoty hypo- a hyperglykemie. Také se od něj dozvíme, že poslední měření bude tehdy, až bude zdravý. To mají domluvené s matkou.

Není problém zjevně postavit (hlavně otci) před oči dynamiku vzniku cukrovky. Vyndá si svůj diář, aby si potvrdil, v jakém pořadí docházelo v rodině k neštěstím, pod kterými se všichni hroutili. Vylíčíme tu situaci jako zaplavení rodiny strachem. Zdá se, že cukrovka nepřišla „ještě k tomu navíc“, ale spíše průlomem pod nadměrným stresem v nejslabším místě. S otcem mluvíme o jeho rodičích. Upozorňujeme na přirozený experiment, který rodina nedávno zažila: Nemohoucí a nechodící děda, tím, že musel po onemocnění babičky do nemocnice, se tam naučil chodit. Takže distance manželů oběma prospěla, prý i babičce se ulevilo, když nemusela o ležícího muže pečovat. Prošla operací a ozařováním s dobrou prognózou, ale jakmile se

znormalizovala trochu tělesně, spadlo všechno zase do zajetých kolejí. Děda se vrátil domů, babička se o něj začala starat, a děda přestal chodit a stal se zase ležákem. Babička znovu chodila „pomáhat“ do rodiny s Karlíkem – totiž odpočívat od manžela. Co se stalo se záplavou strachu? Postupně opadává, ale cukrovka trvá jako dračí setba. Před námi stojí úkol pro všechny: Jak to udělat, aby tělo na cukrovku zapomnělo a vzdalo se jí, pokud je to vůbec možné. Jak totiž začít oslabeného Karlíka trénovat na přiměřený stres? **Už si všimli, že když je Karlík jako v bavlnce, nic po něm nechtějí a ve všem mu vyhoví, je glykemie nižší.** Jak to ale udělat, aby z něj nebylo skleníkové dítě – tomu otec šikovně vychází vstříc. Výhodné je, že se prý nyní o Karla staral víc on, než žena, která měla fofr v práci. Otec se ujal spíš

příjemných úkolů. Píchání inzulínu, pokud to jde, přenechává ženě, i když to sám taky zvládne. Výhodné je to pro pohyb od „nepříjemné“ matky k „příjemnému“ otci. Jak mnoho stresu ordinovat, aby syn ještě rostl a nebyl přetížen?

Matka referuje o spolupráci s lékařkou, která nechává regulaci inzulínu na matce. To, že je tedy matka jakoby „slinivkou dítěte“, je mezi námi už zjevné a opakovaně vyslovováno. Také explicitně formulujeme úkol získat Karlíka na naši stranu proti nemoci. O tématu alkoholu u otce není dnes ani zmínka.

Dnes poprvé je s Karlíkem dobrá spolupráce (*vliv otce?*). Jen na závěr, aby si nezadal, prohlásí zase něco ostentativně nepřátelského, když se předtím zapomněl a mile se rozloučil.

ZMĚNY V RODINĚ

Během dalších pěti sezení se odehrála řada změn. Odvíjely se od dramatického pátého sezení, kdy se vystupňovala agresivita dítěte proti mužskému terapeutovi a ten jeho chování rázně zastavil. S rodiči to zacloumalo, ale vydrželi. Terapie začala do rodiny přinášet významné změny. Karlík se odstěhoval do dětského pokoje, takže se otec mohl vrátit do manželské postele. Teprve dnes se dozvídáme se, že Karlík má kromě cukrovky už dva roky další vážné potíže. Vykonává plno rituálů, do kterých angažuje rodiče. Např. před večerníčkem se zeptá: „O čem to dnes bude?“ Rodič musí otázku přesně zopakovat a Karlík může odpovědět. Na konci večerníčku se musí rituál

zopakovat, jinak se dítě rozzuří. Podobných rituálů mají spoustu. Když rodiče nevyhoví, dítě zuří. Když zuří, hrozí vyšší glykemie. Na konci náročného sezení měříme glykemii, Karlík má 27,3 mmol/l. Na grafu, který rodiče zapisují, je vidět chaotické kolísání. O víkendu měří glykemii častěji, a také více korigují inzulínem, vyzozorovali už i to, že se někdy glykemie paradoxně lepší tím, že se ubere inzulínem, je to pěkný zmatek.

Na šesté sezení přišla jen matka bez dítěte i bez manžela a vyjasňuje si svůj vztah k terapeutům po minulém ostrém zásahu terapeuta. Vypytáváme se na sex rodičů. Je dávno ve špatném stavu, matka měla mimomanželský vztah, který však před měsícem (!) ukončila. Jak řeší manžel nedostatek sexu, žena neví. Styk rozhodně nemají. Vypytáváme se na „čarování“ v rodině. Matka se alternativními postupy prý zabývá jen krátce, od té doby, co je syn nemocný, ji knihy o těch věcech zajímají, obvykle je kupuje manžel, snad je i čte. Pokud jde o ekonomické poměry v rodině, dozvídáme se, že žena vydělává asi desetkrát více než muž. Ona by byla ráda, kdyby se to rozdělilo rovnoměrněji, ale muž se tomu prý brání. Vůči dítěti je manžel prý velmi měkký a zdá se, že jej ochraňuje ještě víc než matka.

Na sedmém sezení jsou jen rodiče bez syna. Došlo ale k významným změnám. Karlík se rozhodl chodit do školy, přestal se pomočovat (další symptom, o kterém rodina doposud nemluvila), matka koupila tašku a penál, vyjednali ZŠ, kde je málo dětí ve třídě, a předpokládají individuální přístup i větší zájem o děti ze strany kantorů. Probíráme změny, které jsou před námi. Diabetes se zatím značně zhoršil, Karlík měl ketonemii, museli ho hospitalizovat, vydržel tam jen dva dny, a to tam byl s matkou! Personál z něho byl trochu bezradný, na infuzích se sice srovnal, ale hned jak je vysadili, zase šel do hyperglykemie. Ketonemie se však srovnala. Glykemie se prý chová jako šílená, dopoledne spíš hyper-, odpoledne spíš hypoglykemie. Hypotetizují, že v noci se z hypoprehoupne do ranní hyper-. Karlík je na nemoc už hodně naštvaný, strhal tuhle plakáty s hodnotami obsahu cukru ze zdi, že už budou žít jako normální rodina. Zdá se, že období popírání skončilo. Nastupuje vztek na nemoc.

Mluvíme s rodiči o úkolech oidipovského období, aniž to tak nazýváme. Podporujeme ženské vlastnosti matky a otcovy mužské. Nefandíme obráceným rolím – otec byl v útlém věku s Karlíkem víc než matka, to nediskvalifikujeme. Vracíme se k předminulému sezení a otec vypráví, že takové situace samozřejmě řeší doma i on, cítí se cukrovkou vydíraný. Doporučujeme chovat s k synovi co nejvíc jako ke zdravému. Ukazujeme pohyb od matky k otci a cukrovku vidíme jako brzdnou sílu. Rodiče se zdají být v dobrém kontaktu s námi. K jejich partnerství se dostaneme dnes jen okrajově, muž tvrdí, že rozhodně není Karlík to jediné, co je spojuje, ale potvrzuje, že sex „není jejich silnou stránkou“. Další termíny po dvou týdnech.

Na osmém sezení nejprve matka sama, a pak na **devátém sezení** spolu s manželem referují o tom, jak se Karlík potýká se školou a jak mu to dobře jde. Zlepšení se objevují i v jiných ohledech. Matka se pohádala s tchyní, ještě otevřeněji jí vyčínila za to, že jí zasahuje do domácnosti, když jí tam uklízí a nezeptá se. Babička dva dny zklamaně protrpěla, vyčítala, ale v pondělí už se v klidu domluvily a tchyně se zatím drží zpátky. Dokonce se cosi mění i ve vztahu manželů. Sex sice nehrozí, ale jsou k sobě nějací něžnější. Syn se zase přechodně vrátil do postele k matce, ale nepomocuje se a do 9. sezení se zase z ložnice odstěhoval.

Glykemie se snižují, začínají se objevovat častěji stavy s relativní hypoglykemií (kolem 5mmol/l), musejí snižovat inzulin. Ten je zatím pořád výš než před hospitalizací, ale rozhodně se daří snižování, a dokonce je nutné. Karlík si už nezacpává uši, když měří glykemie, nepopírá nemoc a rodiče, jak se zdá, využívají snižování k pochvale dítěte. Snižování se všem metakomunikačně

vyplácí. Rodiče vědí, že je doma lepší atmosféra, takže se podařilo zvrátit spirálu „čím hůř, tím hůř“ na „čím líp, tím líp“ – formuluje to sám otec. Po celou dobu se bavíme o Karlíkovi, ale je zřejmé, že se zlepšuje i atmosféra mezi rodiči, ke konci to vyslovíme a zeptáme se přímo na jejich partnerský vztah, schovaný za rodičovstvím. Zejména matce se moc nedaří pochopit otázku. Vysvětlujeme, co tím míníme, a dáváme krátkou osvětu o triangulaci rodičovského vztahu nemocným dítětem. Uvažujeme, že starosti o dítě, které zatím jsou pořád přítomny, nejsou jen bariérou, která je odděluje, ale mohla by je také chránit před intimitou.

Naposledy vidíme rodiče i s Karlíkem na desátém sezení. Trochu taneček kolem uklízení psa, pak drobné odmítání jít dovnitř, to neřešíme, vyřídili si to rodiče. Nakonec ještě náznak odporu, když dítě odmítne podat ruku a pozdravit. Nevšímáme si toho a od té chvíle je kontakt dobrý, po celou dobu Kája sedí samostatně na židli a obrací se téměř výhradně na terapeuta. My dva neděláme nic jiného, než že zrcadlíme spontánní Karlíkův projev a podporujeme jeho produkci. Staráme se o klidnou atmosféru, nic víc, až na konci

DISKUSE

Není pochyb o tom, že okolí především skrze konfliktní situace má na vývoj a udržování diabetu zejména u dětí významný vliv. (Burger, 2003) Přitom konflikty jsou přirozenou součástí vývoje dítěte a nelze se jim vyhnout, protože dítě otužuje a učí sociálním dovednostem. Ale ohrožení, jaké přináší dítěti zvláště krize manželského páru, zpochybňující bazální jistoty dítěte, může být nad jeho síly. Takový problém

trochu o cukrovce, kde se od matky dozvíme, že šel s inzulinem z 15 na 10 jednotek. Karlík se dokonce ani nebrání, když poznamenáme, že si cukrovka dělá, co chce, glykemie skáče mezi 20 a 3,7 během jediného dne.

Přinesl nám ukázat školní sešit, který už má celý vyplněný, je to takový předslabikář, stránku po stránce nás zasvěcuje a chce se pochlubit. Otec mu v tom obdivuhodně sekunduje. Karlík se ještě občas obrátí na matku, když něco neví. Celkově se zdá situace zklidněná a stabilizovaná. Na otázku, jak se daří matce, odpovídá se smíchem, že má depku z podzimního počasí a otec zas má depku z matčiny depky. Nezdá se to být nijak vážné, včera proležela před televizí a domácí práci si udělala až dnes. Karlík kreslí dům a popisuje všechny místnosti, které si plánuje postavit, až mu bude 17 let, s otcem si povídají o pojišťovnách a stavebních firmách, které zná z televize. Chystá se na Jurský park, prohlíží super filmy Novy, nelze říct, že je televize nadmíru. Podařilo se získat Karlíkovu důvěru pro další práci. Další termín na začátek prosince.

nelze vyřešit ponaučením rodičů, jakkoli dobře míněným. Pokud dojde k vývoji silného symptomu u dítěte, jakým je například hyperglykemie, nebo teploty, astmatická reakce či jiné záchvatovité onemocnění včetně epilepsie, které umí organismus dítěte tu a tam vytvořit, stane se čistě biologicky orientovaná léčba nutně jen nereflektovanou součástí vnitrorodinných dějů. Jako taková může být dokonce kontraproduktivní. Lékař-

specialista, školený jednostranně na zvládnání biologických faktorů, se oprávněně necítí být povolán k zásahům do rodinných konfliktů. Odborníky na psychosociální aspekty žádá až v případě, že se symptomy nedají zkrotit obvyklým medicínským postupem. Rodinná terapie je v těchto případech metodou volby, protože pracuje s celým systémem. Její účinnost u případů poruch příjmu potravy, u diabetu, astmatu byla prokázána řadou nezávislých studií už v osmdesátých letech minulého století. (Barker, 1986)

Na publikovaném příkladu jsme chtěli ukázat, jak složitá může situace kolem dítěte být, a jak je nesnadná práce s rodinou i při nejlepší vůli rodičů. Bylo by velmi zjednodušující rozdávat rodičům známky za jejich výkon mateřských či otcovských funkcí. Tvrzení, že se diabetes rozvíjí tam, kde je nedostatek lásky, strach ji přijímat atp., která se v psychoterapeutické literatuře, ale i v laickém léčitelsví vyskytují, jsou velmi zjednodušující. (Dahlke, 2000) Rozhodně zde neplatí lineární kauzalita, jak jsme na ni v biologické medicíně zvyklí. Vidíme, že chlapec, který se opíral od raného dětství o tři ženské vztahové figury, zareagoval hyperglykemií v momentě jejich ohrožení. Nezpochybňujeme, že k tomu byl jeho organismus nejspíš nějak vybaven, třeba geneticky. Jeho naladění je bojovné a lze předpokládat, že hormonální situace (především hladiny nadledvinkových hormonů) tomu odpovídá. V jiném případě jsme viděli podobně bojovně naladěného hochu s těžce nestabilním diabetem, jehož matka byla lékařka. Diabetes v tomto případě vypukl v době rozvodu rodičů po odchodu otce. Zajímavé bylo, že nevládnutelné glykemie se až zázračně normalizovaly znovu poté, co matka našla nového partnera. Na jeho pozdější ztrátu

zareagoval chlapec znovu destabilizací diabetu, a také zvýšenou agresivitou. Jako by se musel ujímat vedle matky i mužských funkcí. Orientoval se hlavně na mužského terapeuta z terapeutické dvojice a terapie skončila poté, co hoch pochopil, že ho nezíská jako partnera pro svou matku.

V tomto případě jsme uvažovali s ohledem na osobní historii matky, že máme před sebou případ s nejistotou mateřství, s jeho malou kapacitou, ale také dost možná obrácení rolí matky a otce. Dítě překvapivě potvrdilo na rodinné mapě, že vnímá blíže babičku než matku. Víme, že mateřství jako složitá psycho-sociální dovednost se z generace na generaci předává a také vyvíjí. Laing tvrdil, že pokud je kvalita mateřství závislá na vztahu matky a dcery, může se progresivně zhoršovat. (Birns, 1988) Na transgenerační postižení mateřství pod vlivem totality u nás upozornila Klímová (Klímová, 2007). Co když za neustále stoupajícím trendem v počtu nových případů diabetu kromě jiných vlivů je schován nějaký sociologický faktor, postihující feminitu a mateřství v současném globalizovaném světě?¹ Budou nám v takovém případě

¹ V roce 1985 bylo na světě asi 30 milionů diabetiků. V roce 2000 se jejich počet odhadoval na minimálně 151 milionů, což je pětkrát více! Rok 2001 již přináší strašné číslo: 177 milionů diabetiků na světě. Pokud se tato epidemie ničím nezpomalí, v průběhu 25 let se toto číslo vyšplhá až na 300 milionů diabetiků! V České republice je celkem 654 164 diabetiků, což je přes 6 % obyvatel (k roku 2000), dnes je toto číslo již pravděpodobně vyšší. Česká republika je v porovnání s Evropou v počtu diabetiků na 100 000 obyvatel na průměrných hodnotách (na rozdíl od obezity, kde je na prvním místě). Co je ale opravdu závažné, ČR má v Evropě další smutné prvenství – je na prvním místě v počtu nových případů cukrovky (v roce 2000 to bylo přes 500 nových pacientů na 100 000 obyvatel, kdežto např. ve Francii je to něco přes 200).

na řešení varující celosvětové epidemie stačit pouhé biologické znalosti o diabetu? Neměli bychom do výzkumných týmů zahrnout také sociology, antropology, rodinné terapeuty a psychology?

Naše zkušenosti ukazují, že stav mateřství souvisí nerozlučně se stavem otcovství. Kolem dítěte se vytváří sociální struktura, ve které má jak matka, tak otec své místo. (Chvála, Trapková, 2008) Pokud se matka chová více „mužsky“, může ji v mateřských úkolech zastat femininní muž. Zda je to ale užitečné pro děti, to se bude muset teprve prokázat. Sami jsme toho názoru, že jde spíše o jazykové operace „akceptující“ versus „podmiňující“, než o stav pohlavních orgánů. Ženy a muži ve všech kulturách vytvářejí své subkultury a udržují mezi sebou významný rozdíl. Ten je v současnosti značně zpochybňován a aktivně odstraňován v celém euro-americkém civilizačním okruhu. Důsledky takového vývoje však zatím nedokážeme ani odhadnout. Na složitost vývoje ženství a mužství ukazoval C. G. Jung a jeho žáci. Především Marie-Luise von Franz ukazuje ve svých pracích, že mužský aspekt matčina chování- animus, může mít velmi destruktivní povahu a je otázka, zda právě jeho přebujení v současné společnosti nemůže hrát významnou roli při rozvoji raného diabetu. (Franz, 2002) V současnosti vyzdvihoaná teorie vztahové vazby v tomto směru může hodně napovědět. (Hašto, 2005) Pokud by se ukázalo, že organizace rodinného uspořádání kolem dítěte může mít na rozvoj diabetu vliv, mohlo by to mít dalekosáhlé důsledky. To je samozřejmě mnohem obtížnější cesta než genetická pátrání po „příčině“

(cit. <http://www.obezita.cz/obezita/rizikove-faktory/diabetes-cukrovka/>)

diabetu, nebo výroba a distribuce inzulinu.

V našem případě rodinná terapie v duchu narativní terapie s externalizací nevedla k vyléčení, přispěla však nepochybně ke stabilizaci značně rozkolísaného chování dětského organismu. Rodina prošla další vývojovou krizí ve věku 6–7 let dítěte z předškolního do školního období. Podrobnosti ze setkání s rodinou nám umožňují klást si v rámci hypotetizování řadu otázek. Některé z nich mohou být zodpovězeny dalším studiem nebo výzkumem, jiné rovnou odmítnuty zkušenými diabetology nebo antropology. Ze zkušenosti ale víme, že mnohdy jsou důležitější otázky než odpovědi.

- Je možné, že prostý stres dítěte může v přirozeném oscilování z bezpečného světa uvnitř (mateřského) do ohrožujícího světa venku (otcovského) zvyšovat glykémii u dítěte?
- Jaký vliv na rozvoj takové chybné regulace metabolismu cukru může mít prožívání a chování matky nebo otce?
- Může být matka i přes svou fyzickou přítomnost a nespornou náklonnost dítěti „nedostupná“ nebo „sníženě dostupná“?
- Jaký vliv na rozvoj diabetického chování u dětí i dospělých může mít transgenerační zhoršování kvality mateřství, pokud se tak děje?
- Může být blízkost matky a dostupnost její péče simulována organismem zvýšením glykémie?
- A naopak, může být dítě zvýšeně senzitivní na přijímání „kvalitní“

materšské péče, takže i zdravá matka má málo šancí uspokojit jeho potřeby? A může si takové dítě jakýsi „deficit matky“ nahradit zvýšením glykemie, vlastně simulací sytosti?

- Nebo je situace „buněčného hladovění“ za relativního nadbytku glukózy v buněčném okolí spíše metaforou přítomné-nepřítomné matky?
- Jaký význam pro tento náš směr úvah může mít zjištění zvýšeného výskytu mateřských buněk

v okolí Langerhansových ostrůvků ve slinivce dítěte zjišťovaný při výzkumu mikrochimérismu? (Gadi, 2007)

- Jaký vliv na rozvoj diabetu budou mít změny v postavení mužů a žen při záměně jejich rolí u takto nebezpečně „nadaných“ dětí?
- Může zvyšování diabetu v populaci být už známkou takové změny ve společnosti?

Medicína si takové otázky obvykle neklade, ale neměla by už, zvláště stojíme-li před hrozbou lavinovitého rozvoje diabetu v populaci?

chvala@sktlib.cz, trapkova@mybox.cz

POUŽITÁ LITERATURA

1. Barker P.: *Basic Family Therapy*, Second edition. Collins, London, 1986, pp. 282–292
2. Burger W., Kemmer F.-W., Schwantes U.: Diabetes Mellitus, s. 971, in: Uexküll T.: *Psychosomatische Medizin*, 6. vydání, Urban a Fischer, München, Jena 2002
3. Burger, W.: Mikrovaskuläre Folgeerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus. Systemorientierte Analyse und Betreuungskonzeption. Schattauer, Stuttgart- New-York 1996
4. Birns B., Hay D. F. (eds): *The Different Faces of Motherhood*, Plenum publ.corp, New York, 1988, pp. 139, 141
5. Dahlke R.: *Nemoc jako symbol*. Pragma, Praha 2000, s. 127
6. Franz, M-L,von: *Animus and Anima in Fairy Tales*. Inner City Books, 2002
7. Gadi V. K., Nelson J. L.: Fetal Microchimerism in Women with Breast Cancer, *Cancer Research* 67, 9035, October 1, 2007
8. Hašto, J.: *Vřáhová väzba. Ku koreňám lásky a úzkosti*. Nakl. F, Pro mente sana, Trenčín, 2005
9. Chvála V., Trapková L.: *Rodinná terapie a teorie jin jangu*. Portál, Praha 2008
10. Klímová H.: Totalitarian System and Narcissistic Injury (Holocaust Consequences as a Special Case), in: *Group Analysis*, 2007, 3
11. Luhmann N.: *Sociální systémy: Nárýs obecné teorie*, CDK Brno, 2006
12. Minuchin S.: *Families and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusestts, 1974, pp. 6–10
13. Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L.: *Psychosomatic families*, pp. 23–50. Harvard University Press, Cambridge MA, 1978
14. Průša R.: Diabetes mellitus a jeho molekulárně genetická podstata, *Klin. Biochem. Metab.* 14 (35), 2006, No. 1, p. 5–7
15. Trapková L, Chvála V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*, Portál, Praha 2004
16. White M, Epston D.: *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W. W. Norton, New York 1990

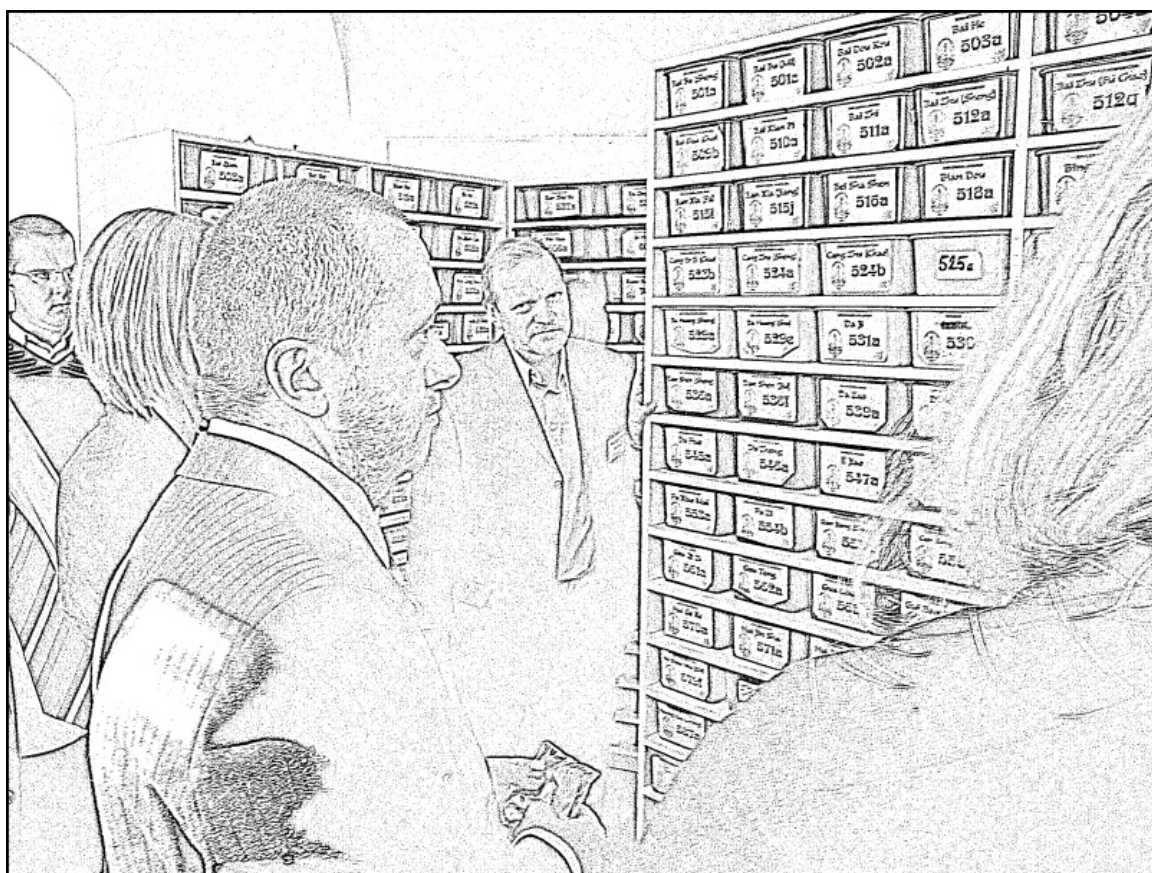
Předneseno na 3. mezioborovém setkání diabetologů Psychologická péče pro pacienty s diabetem v Praze, 20.-21. 3. 2010

Možný střet zájmů a etických principů: není
Do redakce přijato 20. března 2010
Recenzní řízení ukončeno 26. března 2010
Úpravy po recenzi 20. dubna 2010
Zařazeno do tisku 30. dubna 2010



Autoři: MUDr. Vladislav Chvála lékař a PhDr. Ludmila Trapková pracují přes dvacet let jako rodinní terapeuti především s rodinami s psychosomatickým příznakem. Jejich spolupráce vyústila ve formulování metafory rodiny jako sociální dělohy. Jsou spoluautory knih, které se věnují psychosomatice rodiny (Rodinná terapie psychosomatických poruch, Praha, Portál 2004 a Rodinná terapie a teorie jin-jangu, Praha, Portál 2008), vyučují rodinnou terapii pro zdravotnické pracovníky.

TEORIE



PONĚŠICKÝ J.: EMPATIE, INTERSUBJEKTIVITA A OVLIVŇOVÁNÍ V PSYCHOTERAPII

SOUHRN:

Poněšický J.: Empatie, intersubjektivita a ovlivňování v psychoterapii, Psychosom, 2010; 8(2), s.98- 104

Autor zdůrazňuje účinnost aktivního terapeutického postoje k pacientovi, způsobu, jak terapeut zachází s pacientem během psychoterapie. Aby pacient tuto novou interakci přejal, musí být dostatečně vnímatelná prostřednictvím jak empatického zrcadlení, tak i selektivně-autentických reakcí (odpovědí). Teprve poté to vede k nové zkušenosti ve vztahu k lidem i k sobě.

Stejně důležitá je i přiměřená reprezentace pacienta (obraz o něm) v mysli terapeuta, jež poskytuje větší či menší prostor pro jeho vývoj.

Zároveň jde v uvedené stati o spojení teorie mentalizace (theory of mind) s psychoanalyticky fundovanou interakční psychoterapií (Heigl, Heigl-Evers a Ott, 1997, a Streeck, 2007), zvláště u časných strukturálních poruch osobnosti.

Klíčová slova: Empatie, intersubjektivita, psychoterapie, mentalizace

SUMMARY:

Poněšický J.: Empathy, Intersubjectivity and Interaction in Psychotherapy, Psychosom, 2010; 8(2), pp. 98- 104

The author emphasizes the effects of an active therapeutic attitude towards a patient, the way how a therapist treats the patient during psychotherapy. That interaction has to be perceptible enough through both empathic reflection as well as selective-authentic responses so that the patient is able to accept the new interaction. Afterwards that leads to new the experience in relation to people as well as to the patient himself/herself.

The adequate representation of the patient (the image of him/her) in the therapist's mind is considerable as well, because that gives more or less space for the patient's development.

This article also deals with the link of the theory of mentalisation (Theory of Mind) to psychoanalytically funded interactive psychotherapy (Heigl, Heigl-Evers and Ott, 1997 and Streeck 2007), especially relating to early structural personality disorders.

Key words: Empathy, Intersubjectivity, Psychotherapy, Theory of Mind

ÚVOD

Během posledních 20 let nastala pozvolná změna dosavadního paradigmatu v psychoterapii: od zdůrazňování autonomie, svobody a seberealizace směrem k významu vazebnosti a intersubjektivit, tj. interakce a empatie ve vztazích.

Psychoanalytici hovoří o intersubjektivním obratu (Altmeyer & Thomä, 2006), to znamená odvratu od čistě intrapsychického zkoumání k dění mezi pacientem a analytikem, k tvorbě intersubjektivit.

To zřejmě souvisí se společenským vývojem: donedávna šlo o boj za svobodu, autonomii a nezávislost proti přizpůsobení, odcizení a manipulaci. (Politicky došlo k poslednímu vyvrcholení tohoto procesu formou

poklidných revolucí ve východní Evropě proti komunistickému, resp. ruskému útlaku.) Odtud pramení i paralelní psychoterapeutické koncepty: Psychoanalytický konflikt mezi ono a nadjád, nepsychoanalytický konflikt produktivní a tržní orientace u Ericha Fromma, konflikt pravého a falešného (přejatého) já u D. Winnicotta, zdůrazňování autenticity u K. Rogerse oproti podřízení se tomu, co se má a nosí (man) u M. Heideggera.

V postmoderních společnostech jde spíše naopak o příliš mnoho svobody ve smyslu libovůle, deficitu sebe-řízení a sebe-ohraničení (osobnostní struktury) a moci (nad sebou i co se týče sebe-působnosti), kdy anything goes (vše je dovoleno, avšak nic to nezmění),

jakákoli perspektiva si dělá nárok na svoji platnost, zvláště v dnešním globalizovaném světě rozličných kultur. Následkem toho přichází do psychoterapie více pacientů s rozvolněnou až chaotickou osobnostní strukturou. Egocentrismus a odmítání pevných zásad a paralelně i rozpad tradiční rodiny vedou často k výchovnému zanedbání, k deficitům ohledně zvnitřněných vztahových vzorců

a norem chování, k nedostatečnému vzájemnému respektu, nedostatečné empatii a vůbec kultuře mezilidských vztahů.

Samozřejmě je nutno mít na mysli rovnovážnost obou těchto bazálních lidských potřeb: jak intersubjektivní, vztahovosti, tak i autonomie a individuace. Toho je dosahováno skrze vzájemnou empatii a ovlivňování během psychoterapie.

INTERSUBJEKTIVITA A EMPATIE

Intersubjektivitou se rozumí vztahový dynamický proces během psychoterapie mezi pacientem a terapeutem; jde o „vytváření pole vzájemného ovlivňování“ (Stern, 2007). Lidský subjekt je zde charakterizován svobodnou vůlí a intencionalitou (Brentano, Husserl, Freud), též i ve smyslu asimilace (Piaget), aktivního působení na své okolí tak, aby uspokojoval své potřeby, potažmo přežil.

Druhá charakteristika a „evoluční výhoda“ tkví v jeho sociabilitě, umožněné vrozenou schopností vcítění, jeho přizpůsobivostí. Stern (2007) považuje za bazální lidský motiv potřebu po rozšíření a regulaci intersubjektivního pole, po spolubytí skrze momenty setkání, po tvoření nové zkušenosti.

Právě tyto procesy ovlivňování a nechávání se ovlivňovat probíhají v pozoruhodně koncentrované formě mezi pacientem a terapeutem. Jen někdy – o tom později – jde o protichůdné procesy: během terapie, abychom mohli pacienta ovlivnit, se musíme do něj vcítit, konec konců i proto, abychom se přesvědčili, zda naši intervenci přijal tak, jak jsme to anticipovali. Buber hovoří o

vzájemném dialogu ve vztahu, Winnicott o schopnosti zapojit se do vzájemnosti, Stern charakterizuje terapeutický proces jako snahu vytvářet a regulovat intersubjektivní pole.

Dříve, než se budeme zabývat terapeutickými implikacemi, se stručně zmíním o neuronálním základu (prekurzoru) intersubjektivní, o činnosti tzv. zrcadlových neuronů v premotorické kůře mozkové. (Bauer, Staemmler) Ty imitují intencionální chování druhých lidí, resp. již i jen pouhý jejich citově-motivační výraz. Tato motorická simulace, tato rezonance, nás uvede do stavu, jako bychom my sami chtěli jednat jako náš protějšek, což je ovšem blokováno neuronální činností vycházející ze sídla pro pocit vlastní identity a perspektivy ve frontomediálním kortexu. Proto jsme schopni rozeznat vlastní motorickou reprezentaci, což vede i ke zkušenosti, že v mém jednání jde o mne, odlišného od ostatních. Na to navazuje i tzv. theory of mind, jakož i koncept mentalizace. (Förstl, 2007)

Empatie je tudíž zakořeněna v naší tělesnosti, což umožní poznat ostatní jako sobě podobné osoby. Primární je

tedy jednota, sekundární je její blokáda coby obrana proti naprosté konfluenci. Z této blokády, z tohoto „ne“, vzniká naše já, jež posléze moduluje míru přejímání intencionálních plánů okolí, což vede k selektivní empatii, kde hrají roli sympatie, zájem, vlastní zkušenost a nasměrovanost, snaha po porozumění, hodnocení etickým systémem (appraisal procesy), a naopak empatii ztěžují únava či např. i obava, že jsou emoce našeho protějšku namířeny proti nám. (G. Roth

to formuluje tak, že náš limbický systém rozhoduje o tom, co přijmeme a co nikoli.) Zde lze již hovořit o protikladu otevřenosti vůči intencím a emocím druhého (což je nesmírně důležité pro sociální orientaci) a uzavřenosti, obraně proti tomu vlastními intencemi. To se děje automaticky mezi pacientem a terapeutem, a zvláště ten by se měl naučit oscilovat mezi vcítěním a vlastní reakcí, vlastní úvahou.

INTERAKCE MEZI PACIENTEM A TERAPEUTEM

To, co člověk/pacient internalizuje, je výsledkem obou těchto procesů. V anamnézách našich pacientů se opakuje následující zákonitost: Tak, jak jednájí vztahové osoby s dítětem, jedná posléze dítě samo se sebou i s ostatními, tzn. empaticky přejímá „program“ včetně emočního významu od druhých.

To je však příliš zjednodušující. Dítě sice přejímá intence např. rodičů, avšak ihned na ně reaguje, takže internalizuje výslednou interakci. Ta je nejen internalizována, nýbrž formuje i intersubjektívni pole coby výsledek oboustranného vyjednávání způsobu spolupráce, norem a pravidel vzájemného působení na sebe, vzájemného dialogu ve vztahu.

To se týká nejenom přejímání reakcí a chování vztahových osob, nýbrž i přejímání jejich zrcadlení sebe sama, jejich obrazu o sobě. Podmínkou tohoto procesu během terapie je schopnost pacienta vcítit se do terapeuta, a tím i konfrontovat vlastní požívání sebe sama s jeho dojmem o sobě. Proto má terapeut nejen selektivně-autenticky reagovat, nýbrž i selektivně poskytovat pacientovi své prožívání a dojmy z něho.

Empatie, vzájemnost, tudíž předchází vzniku vlastní osobnosti, kterou lze charakterizovat jako výslednou organizaci dosavadních interpersonálních zkušeností. Tento interakční proces probíhá neustále dál s dalšími lidmi, což modifikuje původní (předchozí) zkušenost (pakliže je zachována dostatečná míra podobnosti), zvl. pak během psychoterapie (zde musí pacient zažít – opět z neurobiochemického hlediska – pozitivně překvapivý rozdíl v sebeuspokojení coby následek vyřešení inkongruence). (Grawe, Hüter) Tak může přejmout pacient tolerantnější, kritičtější či sebeexplorativní způsob zacházení se sebou. Zde je nutno podotknout, že přejímá naše skutečné postoje a reaguje na ně, vcítuje se do toho, co je pro něj důležité, „vidí do nás“, takže na něj působí a jej ovlivňuje jen to, co je kongruentní s naším vnitřním přesvědčením a postojem k němu. Proto je tak důležitý princip autentického reagování, a to selektivně, tj. v situacích, kdy na pacienta nikdo nereagoval či reagoval neadekvátně, např. traumatizujícím způsobem. Zároveň je třeba pacientovi zprostředkovat naše prožívání při reakci na něj, abychom

stimulovali jeho vcítění a aby tak naši reakci přijal.

Stern (2007) v pojednání o intersubjektivitě charakterizuje účinnou intervenci jako „autentickou reakci, přesně nasměrovanou na momentální lokální situaci pacienta, jež musí být spontánní a nést osobní rukopis terapeuta“.

S. Mitchell (1997) píše: „Terapeut musí najít způsob jak pacienta zaujmout. Teprve poté začínají interpretace působit.“ Navíc se domnívám, že právě imitační převzetí oné schopnosti zaujmout je po mnohé pacienty důležitá, naučit se zaangažovat své okolí, vyvolat rezonanci, získat respekt atd.

Jedna stránka se tudíž týče toho, jak se pacient empaticky otevře našim intencím, druhou stranou je naše vcítění do pacienta, do jeho vztahového chování

a citového prožívání, což podmiňuje způsob, jak na to budeme emocionálně i významově reagovat (social referencing), a to pokud možno diferencovanějším způsobem, např. emocionální reakcí, jež se však nalézá v dostatečné blízkosti dosavadního (primitivnějšího či jen tělesného) prožívání pacientem samým, podobně jako se to děje v interakci matky s batoletem. Tím vzniká společně prožívaný svět mezi pacientem a terapeutem. To zhruba odpovídá roli pomocného já v interakční psychoterapii (Streeck, 2007). Zde je zásadně **důležitá selektivní empatie**, tj. vcítění jak do obranného či kompenzatorního úsilí (např. narcistického), tak i do nežité, např. vytěsněné odštěpené části (kupříkladu do pocitu méněcennosti a selhávání), a právě pro ni se otevřít, aby s ní pacient udělal novou zkušenost v interakci s terapeutem či spolupacienty ve skupině.

PSYCHOTERAPIE U STRUKTURÁLNÍCH PORUCH OSOBNOSTI

Jak se liší z hlediska intersubjektivitě zralější neurotická osobnost od vývojově-strukturální poruchy a jaké to má konsekvence pro psychoterapii? Řekli jsme si, že vzájemné vcítění během interakce je primární, kdežto jáské reagování na ni sekundární; vcítění tudíž znamená zprvu momentální suspendování vlastní perspektivy aneb vlastního já. Vcítění je tudíž aktivním procesem, avšak i pasivním vydáním se intencím či afektivním reakcím druhého. To je pro pacienta se slabým já ohrožující, znejišťující, a proto dává přednost vlastnímu ovlivnění protějšku a nutí ho převzít jeho program, jeho pojetí, určité rozdělení rolí ve vztahu (odtud projektivní identifikace), např. potvrdit černobílý obraz světa u

hraniční (borderline) poruchy osobnosti. Tito pacienti jsou vystaveni dvojí úzkosti: V situaci nedostatečné intersubjektivitě si nejsou jisti, jak se afektivně vyznat v té které situaci, jež je pro ně nevypočitatelná a nepředvídatelná. Jde o nedostatek týkající se jak empatie, tak sebepůsobnosti včetně empatického odhadnutí, jak jejich vlastní chování působí na okolí. Tato nejistota budí úzkostnou nedůvěru, paranoiditu, která aktivuje připravenost k obraně, k agresi. Na druhé straně vzbuzuje proces vytváření intersubjektivního vztahového pole též úzkost, neboť zprvu jde o něco neznámého a neuchopitelného, oboustranně dobrovolného, a tudíž méně jistého nežli vlastnění či použití

násilí. Zde může vciťování do pacienta a zprostředkování vlastního prožívání pomoci k schopnosti empatie, vytvořit jim intersubjektivní vztahové pole, a tím jim umožnit, aby nabyli nové jistoty.

Poskytování selektivně-empatického prostoru pro zdravý vývoj pacienta znamená na straně terapeuta vytvořit o stupeň komplexnější, zralejší reprezentaci pacienta, jež by měla přibližně odpovídat jeho autentickému self a jeho vývojovým možnostem. To musí předcházet vytvoření jeho vlastní sebeprezentace. Kromě toho je zrcadlení sebe v druhém též základní lidskou potřebou (Kahlenberg, 2010). Domnívám se, že poskytování rezonance, pochopení a uznání nelze zaměňovat za protipřenosové spoluagování. „Ten druhý jsi ty, na kterém se staneš sám sebou.“ (Merleau-Ponty)

Zatímco neurotik vytváří jednostranně zúžené, rigidní interpersonální pole odpovídající jeho osobnosti (příčemž jeho rozšíření je znemožňováno úzkostnými, často z dětství pocházejícími fantaziemi, a tím i významovostmi aktuálních situací a jejich konfliktovostí, jež terapeut interpretuje svým způsobem, svou perspektivou vedoucí k společně získané významovosti), jde u vývojových poruch o deficitní intersubjektivitu jako takovou, tj. o její vytváření v terapii, a tím o vytváření celo-objektních vztahů. Oproti příliš uzavřené, rigidní osobnosti jde častěji o opak – o málo strukturovanou, rozvolněnou osobnostní organizaci. Proto zpětnovazebné reakce (včetně porozumění a uznání) vedou k větší koherenci a ohraničení osobnosti a ono zástupné reagování k její diferenciaci. V etiologii jde u neuróz spíše o vnucování vlastní subjektivity dítěti na úkor jeho vlastního rozvoje, kdežto u vývojových poruch jde

nejčastěji o vývojové zanedbání. Zatímco u neuróz reaguje psychoterapeut spíše na obsah sdělovaného (fantazie atd.) a z toho plynoucí přenos, reaguje terapeut u vývojových poruch na deficitní a kompenzatorní chování pacienta, zvláště ve vztahu k němu.

To společné v terapii by se dalo vyjádřit zásadou: Na místo přenosových starých zkušeností (a self-objektů) by mělo přijít vzájemné setkání (Stern, Bettighofer). Jde o emoční proměnu vztahu s analytikem, o nalezení nového způsobu participace.

Jinak řečeno, z uvedeného vyplývá, že se lidé setkávají ve dvou modech: jako intencionální bytosti snažící se ovlivnit své okolí, ale též s otevřeností pro to, co na ně působí. Slovy S. Mitchella (1997): *V terapii jde o spojení té bojovné a té spolupracující stránky*. Sám bych dodal: Jde o to, jak přetvořit intencionální mocenský boj (Luhmann, Sandler) ve spolupráci, nechat prostor působení i naslouchání. To velmi upomíná na obě stránky techniky interakční psychoterapie (Streeck, 2007), jak selektivně-autentickému reagování, tak i selektivně-empatickému poskytování pomocného já. (Zároveň je mocenský vztah, charakterizovaný nadřízeností a podřízeností, jednodušší, a tudíž i stabilnější, vyžaduje méně úsilí než rovnoprávný vztah, jehož předpokladem je neustálý dialog).¹

¹ Grawe se ve své poslední knize *Neuropsychoterapie* (2004) domnívá, že příčiny psychických poruch tkví v inkonsistenci osobních motivací (na intrapsychické úrovni) či v inkongruenci dosavadních zkušeností s úspěchy v realitě (na interpersonální úrovni). Jde o to zjistit, čím si člověk stojí sám sobě v cestě, ať jsou to zábrany, úzkosti či konfliktnost u neuróz, nebo impulzivita a nedostatek empatie vedoucí k reálným konfliktům u vývojových poruch – co zabraňuje uspokojování potřeb

V terapii psychosomatických poruch je zvláště prospěšné reagovat ve smyslu přiřazování vlastního emocionálního prožívání psychosomatickému (symptomovému, fyziologickému) prožívání pacienta. Když líčí např. bolesti v souvislosti s rozvodem, terapeut poznamená: Dovedu si představit, jak bolestný to byl rozchod a jaké rozhořčení, zklamání, zlost i smutek to ve vás vyvolalo. Staemler (2009) srovnává tento způsob komunikace s teorií učení Vygotského, kdy sociální cestou zprostředkovaná vyšší

v daném prostředí (Willi), resp. seaktualizaci ve vztazích k druhým lidem.

diferencovanější vývojová úroveň razí cestu k její realizaci, jako je tomu při učení se řeči, kdy matka mluví na dítě dlouho před tím, než je dítě schopno mluvit.

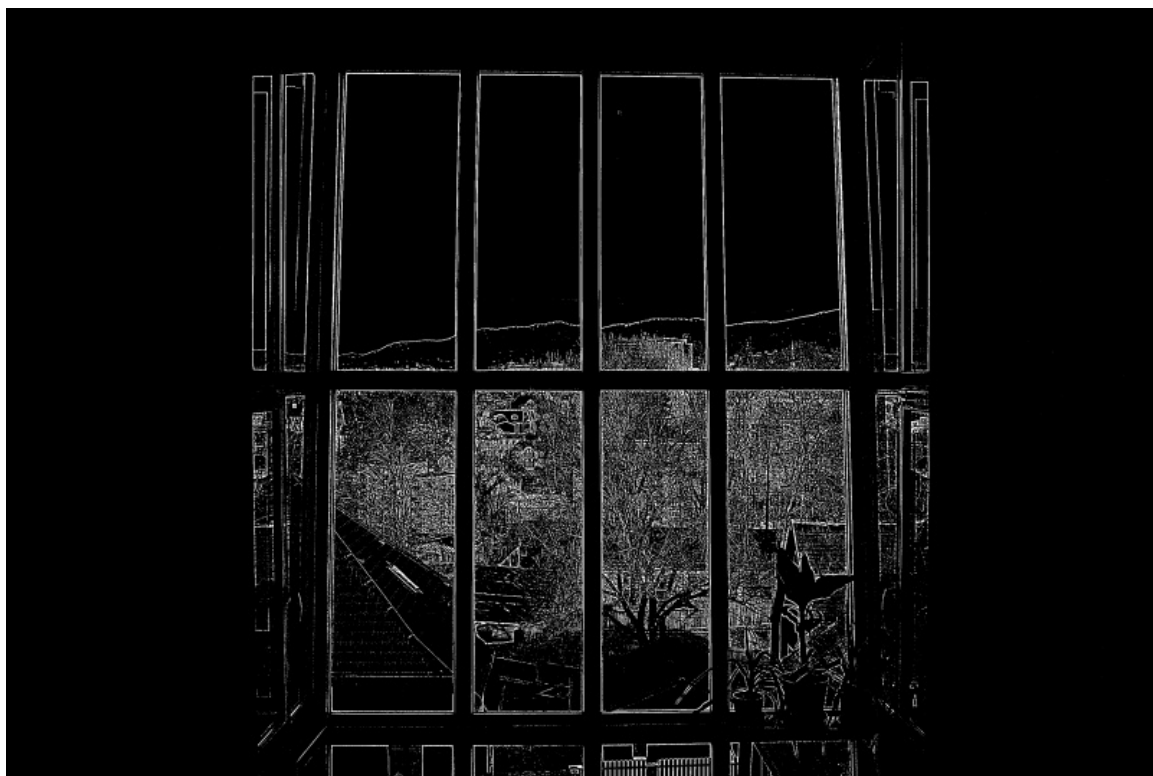
Stejně důležité je i zmíněné empatické přejímání způsobu, jak jednáme resp. zacházíme se sebou, na tělesné úrovni, a tím i vztah k vlastnímu tělu, zda je považujeme za aspekt sama sebe, či jen za jakousi tělesnou schránku, která nemá s naší skutečnou osobností nic co dělat. Avšak právě tělo rezonuje s druhými lidmi a dává věcem i slovům původní význam, je pohyblivým smyslovým orgánem (Husserl), skrze něj se člověku otvírá svět (Merleau-Ponty).

POUŽITÁ LITERATURA:

1. Altmeyer M., Thomä H.: Die vernetzte Seele. Klett-Cotta, Stuttgart 2006
2. Bauer J.: Warrum ich fühle, was du fühlst. Heyne, München 2007
3. Bettighofer S.: Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß. Kohlhammer, Stuttgart 2000
4. Förstl H.: Theory of mind. Springer, Heidelberg 2007
5. Grawe W.: Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen 2004
6. Heigl, Heigl-Evers, Ott: Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart 1997
7. Kahlenberg E.: Aus den Augen – noch im Sinn ? Vom selbst in Anderen. Psyche 1/64, 2010
8. Lammers C.-H.: Emotionsbezogene Psychotherapie, Schattauer, Stuttgart 2009
9. Luhmann N.: Macht. Lucius & Lucius, Stuttgart 2003
10. Mitchell S.-A.: Ovlivňování a autonomie v psychoterapii. Triton, Praha 2002
11. Roth G.: Aus Sicht des Gehirns. Suhrkamp, Frankfurt/Main 2003
12. Riedl L. Hrsg.: Vom Ich zum Wir. Media Verlag, Riehen 2002
13. Staemmler F.-M.: Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 2009
14. Stern D.-N.: Der Gegenwartsmoment. Brandes & Apsel, Frankfurt/M. 2007
15. Streeck U.: Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart 2007
16. Willi J.: Ökologische Psychotherapie. Rowohlt, Reinbek 2005

Předneseno na Konferenci psychosomatické psychoterapie, Liberec, 10. 4. 2010

Možný střet zájmů a etických principů: není
Do redakce přijato 10. dubna 2010
Zařazeno do tisku 30. dubna 2010



VÁPENÍKOVÁ K.¹, ŠTĚPÁNOVÁ T., POUŠEK L.: MANAGEMENT STRESU U PŘÍSLUŠNÍKŮ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY

SOUHRN

Vápeníková K,* Štěpánová T, Poušek L: Management stresu u příslušníků vězeňské služby. PSYCHOSOM, 2010;8(2), s.105-112

Prevence stresu je u pracovníků náročných povolání významným krokem k zlepšení atmosféry na pracovišti i zdravotního stavu zaměstnanců. Autoři popisují systémovou intervenci ve stylu transakční analýzy provedenou u pracovníků eskortní služby ve sledovaném období tří měsíců. Její výsledky se pozitivně odrazily v subjektivně hodnoceném stresu zaměstnanců dotazníkem Stress profile.

Klíčová slova: stres, transakční analýza, protistresová intervence, stress profile

* **Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT, Kladno** Vedoucí katedry: prof. Ing. Peter Kneppo, DrSc.

SUMMARY

Vápeníková K, Štěpánová T, Poušek L: Stress prevention in prison guard staff. PSYCHOSOM, 2010;8(2): pp. 105-112

Stress prevention in strenuous professions represents important measure for improvement of working conditions as well as staffers' health state. The authors present the results of system stress intervention in prison guard staff. They use transactional analytical methods of „positive strokes“ during the pursued three-month period. The results, evaluated by the method Stress profile are encouraging.

Key words: stress, transactional analysis, stress management, stress profile

ÚVOD

Pracovní stres má nežádoucí následky na zdraví a bezpečnost osob i na dobrý stav organizací, v nichž pracují, a jeho riziko tkví v dopadu jak na život jednotlivců, tak i na produktivitu organizací. Stres na pracovišti má velmi rozmanitou podobu. Organizační problémy se mohou týkat samotného pracovního procesu včetně restriktivních reorganizací, komunikace s nadřízenými a ostatními pracovníky, snahy po maximálním výkonu a výděлку, ale také narušených interpersonálních vztahů.

Povinností zaměstnavatele je zajistit pracovníkům dobré pracovní podmínky bez stresujících faktorů, jejichž dopad negativně ovlivňuje zdraví lidí i jejich výkon. Dobrý manažer ví, že otázky stresu jsou úzce spojeny s ekonomickými faktory – stres vede k fluktuaci, zvýšené nemocnosti, redukci pracovního výkonu, nízké produktivitě práce, nespokojenosti a stížnostem. Předcházení stresu je mnohem efektivnější a účinnější než řešení jeho následků.

Důležitou součástí práce manažera je vytvářet optimální pracovní klima na pracovišti, harmonizovat pracovní vztahy v týmu, motivovat ostatní, řešit konflikty a snižovat stresové zatížení v organizaci. Je třeba si uvědomit, že nelze úplně odstranit pracovní stres, ale

lze ho řídit či ovládat. (Walance, 1991) Individuální stres vzniká, pociťuje-li osoba, že nedokáže odpovídajícím způsobem zvládnout nároky, které jsou na ni kladeny, nebo že se nedokáže vypořádat s jevy, které ohrožují její duševní pohodu (Lazarus, 1966, 1976: Cox, 1990; Honzák, 1995).

Stres ovlivňuje člověka ve všech oblastech jeho života od narození do smrti. Současný trend je sledovat stres v pracovní oblasti a zkoumat pracovní zátěž. (Baker, 1985) Podle nejnovějších studií trpí různými zdravotními potížemi, jejichž vznik je příčinně dáván do souvislosti se stresem, 25 % zaměstnanců v zemích EU. (Aaltonen a kol. 2000) Je pochopitelné, že pracovníci náročných profesí, v nichž v pracovní náplni dominuje styk s lidmi, jsou vystaveni většímu působení stresových vlivů. Mezi ně patří také vězeňská služba.

Vězeňská služba ČR je ozbrojeným bezpečnostním sborem. Ve svém výzkumném šetření se zaměřuji pouze na jednu její složku, a to na eskortní oddělení, které střeží, předvádí a eskortuje osoby ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody. Práce si klade za cíl detekovat a popsat rizika související se stresem příslušníků

věžeňské služby a účinnost intervence vycházející z předpokladu, že pozitivní ocenění pracovníků a další systémová

zlepšení organizace práce budou mít mimo jiné za následek i snížení míry stresu.

SOUBOR A METODIKY

Cekem bylo sledováno 50 zaměstnanců, 80 % mužů a 20 % žen. Respondenti byli ve věku mezi 20 a 55 lety, průměrný věk skupiny 33 let (+/- 8). Typickým vzděláním v souboru je středoškolské vzdělání, pouze 8 % má vysokoškolské, bakalářský stupeň.

Pro potřeby výzkumu byla sbírána a vyhodnocována data pomocí sebe-posuzujícího dotazníku Stress profile (Nowack, 2006). Ten poskytuje informace o specifickém životním stylu a zdravotním chování, které se u konkrétního jedince mohou podílet na onemocnění a poruchách ovlivňovaných stresem. Dotazník sleduje stres v oblastech, jako jsou zdraví, práce, finanční situace, rodina, společenské povinnosti, životní prostředí, dále zdravotní návyky, cvičení, odpočinek a další faktory. Dalšími položkami jsou: chování typu A, kognitivní nezdolnost, pozitivní a negativní pohled na sebe, schopnost ovlivnit environmentální stresory a celkové zhodnocení psychické pohody v posledních třech měsících.

Dotazník je vyhodnocován tak, že u každé položky je zjišťován hrubý skór a ten následně převeden pomocí převodních tabulek pro českou populaci na T-skór, který umožňuje srovnání se stanovenými normami. T-skóry mají průměr 50 a směrodatnou odchylku 10. Výsledky v rozmezí 40–59 se považují za průměrné, reprezentují odpovědi podobné „normální populaci“. Výsledky T-skóru 60 a vyšší jsou považovány za vysoké, výsledky 39 a nižší se považují za nízké. U položek stres, ARC, chování

typu A a negativního pohledu jsou rizikové vysoké hodnoty, u ostatních položek jsou rizikové nízké hodnoty.

Po zjištění bazálních hodnot byla provedena intervence ve smyslu systematického poskytování pozitivní zpětné vazby v konceptu transakčně-analytických „pohlazení“, (Hennink, 2008; Berne, 1992; Smékal, 2001) podpory pracovníků přímo v terénu, zefektivnění pracovních porad a zlepšení pracovního prostředí. Do každodenního režimu a do všech hodnocení byly zařazeny pravidelné pochvaly (např.: výborná organizace práce; děkuji, jsem naprosto spokojen; děkuji za náročnou a mravenčí práci; oceňuji, jak působíte na mladší kolegy a vážím si toho; vím, že jste to včera měli velmi náročné, ale zvládli jste to velmi dobře...), porady byly zaměřeny na zdůraznění pozitivních momentů, namátkové kontroly nejen kritizovaly nedostatky, ale také oceňovaly klady. S odstupem tří měsíců byl znovu sejmut a vyhodnocen Stress profile.

Zpracování výsledků: Pro porovnání byly použity dvou-výběrové metody. U položek splňujících předpoklad normálního rozdělení výběrů byl použit dvou-výběrový t-test (Jídlo, Sociální podpora okolí, Pozitivní pohled a Zaměřenost na problém). U ostatních položek nesplňujících normalitu byl použit neparametrický Wilcoxonův dvouvýběrový test.

Vzhledem k očekávaným zlepšením po intervenci byly zvoleny jednostranné

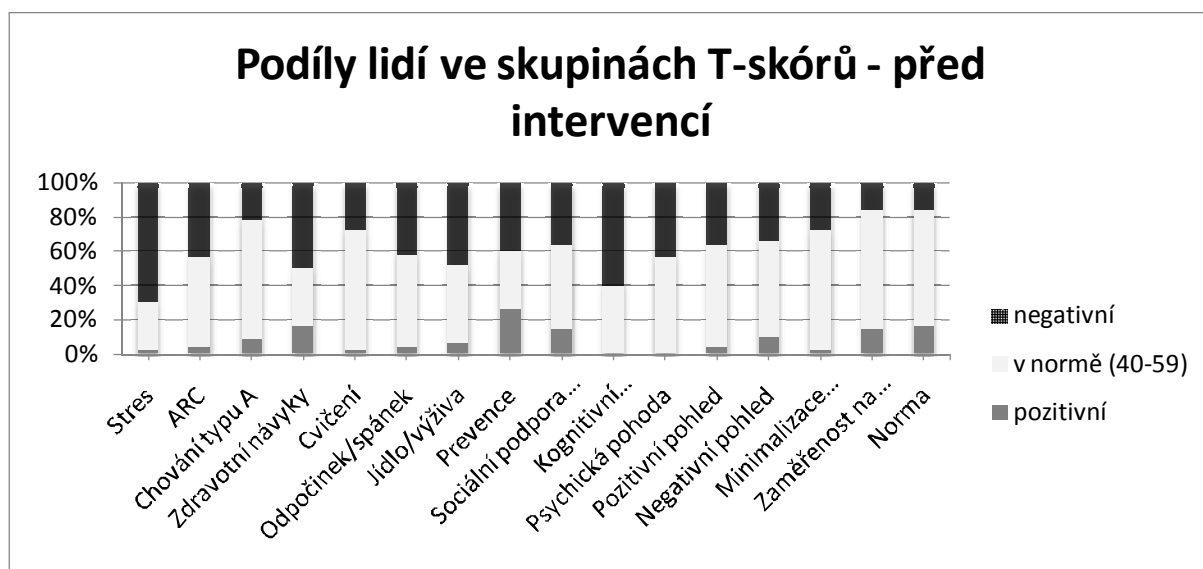
alternativy testů. Pouze u položek Minimalizace hrozeb a Zaměřenost na problém, kde není jednoznačné, co je

pozitivní a co negativní, byly použity oboustranné alternativy testů.

VÝSLEDKY

Výsledky jsou přehledně uvedeny v tab. 1 a v grafech 1, 2 a 3.

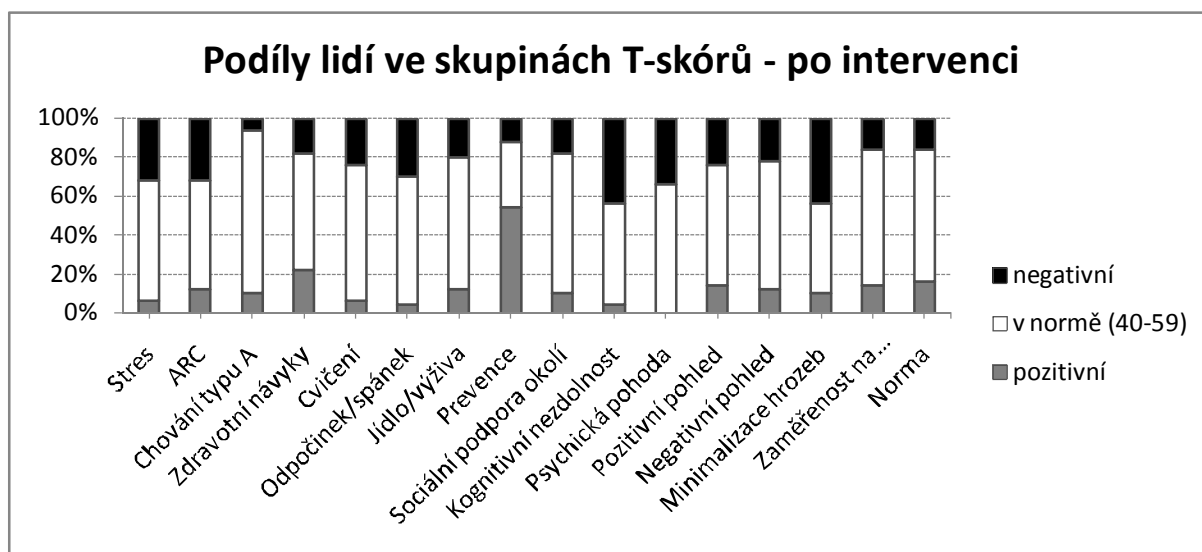
Graf 1.



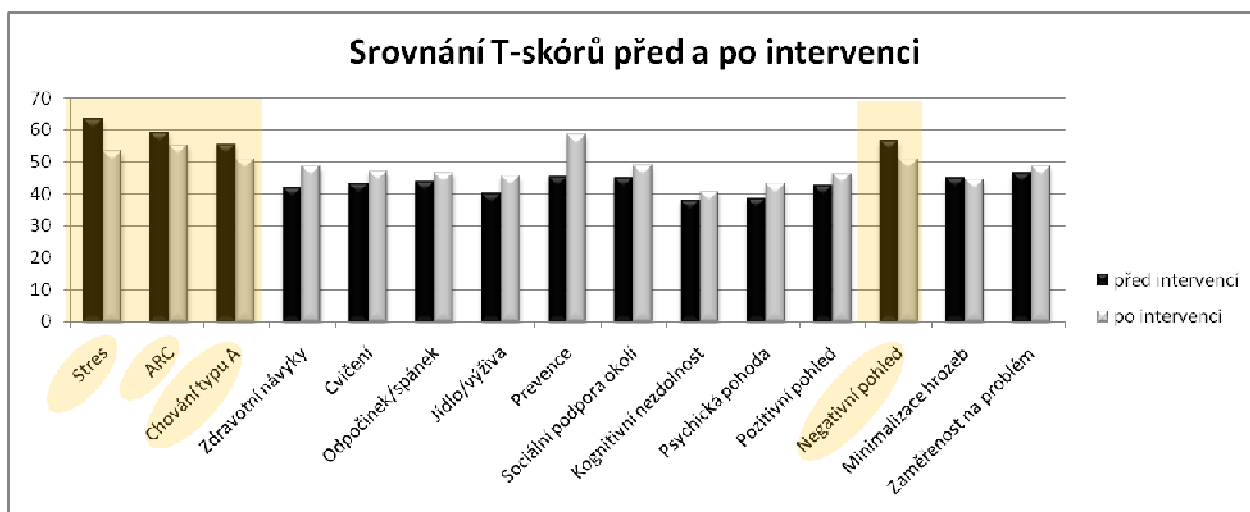
Graf 1. znázorňuje podíly lidí v jednotlivých skupinách T-skórů. Bíle je označena skupina, která je v normě. Černě je označena skupina vybočující z normy v negativním smyslu, naopak šedě skupina vybočující z normy ve smyslu pozitivním. Například v položce Stres má 70 % sledovaných lidí T-skór nad kritickou hodnotou, 28 % v normě a pouze 2 % jsou na tom extrémně dobře. U Prevence má 26 % lidí skór lepší než norma, třetina je v normě a 40 % normu překračuje (tedy na prevenci příliš nedbá).

Při bližším pohledu na nejvíce rizikové položky zjišťujeme, že u položky Stres téměř tři čtvrtiny sledovaných lidí překračují horní hranici T-skóru 60, tedy mají vysokou úroveň pracovního a životního stresu. Dokonce jedna čtvrtina dotázaných překračuje normu o 20 bodů. U položek trsu ARC téměř polovina je za kritickou hranicí. U položky Kognitivní nezdolnost stejně jako Psychická pohoda je více než polovina pod normou.

Graf 2.



Graf 3.



Zvýrazněny jsou položky, u kterých snížení T-skóru je pozitivní změna (Stres, ARC, Chování typu A a Negativní pohled), u ostatních představuje zvýšení pozitivní změnu.

Tabulka 1.

srovnání T-skórů před a po intervenci

Položka	průměrný T-skór		Rozdíl průměrů	Směrodatná odchylka		Medián		Rozdíl mediánů	p-value
	před	po		před	po	před	Po		
Stres	63,5	53,6	-10,0	11	11	66	53	-13	0,000*
ARC	59,4	55,4	-4,0	11	13	58	58	0	0,069
Chování typu A	55,6	50,9	-4,6	11	10	56	50	-6	0,005*
Zdravotní návyky	42	48,8	6,8	16	13	41	49	9	0,005*
Cvičení	43,5	47,3	3,8	10	10	45	49	4	0,035*
Odpočinek/spánek	43,8	46,7	2,9	11	11	45	47	2	0,070
Jídlo/výživa	40,2	45,7	5,6	12	12	40	47	7	0,011*
Prevence	45,6	58,7	13,2	19	15	44	62	19	0,000*
Sociální podpora okolí	45,2	49,2	4,0	13	10	45	50	5	0,045*
Kognitivní nezdolnost	38,2	41,0	2,8	10	10	38	42	5	0,072
Psychická pohoda	38,9	43,2	4,4	9	10	40	44	4	0,011*
Pozitivní pohled	42,7	46,4	3,7	11	12	42	47	5	0,056
Negativní pohled	56,8	51,0	-5,8	11	11	57	51	-6	0,012*
Minimalizace hrozeb	45,1	44,5	-0,7	9	9	45	43	-3	0,540
Zaměřenost na problém	46,7	48,9	2,3	11	10	46	49	3	0,283

Zvýrazněny jsou názvy položek, jejichž průměrné skóry se statisticky významně liší na 5% hladině významnosti (navíc označeno hvězdičkou u p-value). U všech položek došlo k pozitivnímu posunu. U hodnot zvýrazněných ve sloupci rozdíl průměrů je snížení pozitivní změna, u ostatních považujeme zvýšení za pozitivní změnu.

Z dat v tabulce je patrné, že před intervencí byly největší odchylky od

normy u položek Stres, Kognitivní nezdolnost, Psychická pohoda, Jídlo/výživa a ARC, kde celá skupina v průměru překračuje normu (resp. je na její hranici). Zajímavá je velmi vysoká variabilita u položky Prevence, která je způsobena vysokými rozdíly mezi příslušníky. Existuje skupina, která se v rámci pracovní přípravy věnuje péči o tělo (posiluje apod).

Srovnání výsledků po intervenci

Celkově došlo ke statisticky významnému ($p=0,0001$) snížení počtu problematických položek u jednoho člověka (skórujícího v zóně varování) ze 6 před intervencí na průměrných 3,7 po intervenci, což už se přibližuje běžné

populaci. Zatímco před intervencí měly tři čtvrtiny lidí více než 4 rizikové položky, po intervenci měla více než polovina pouze 3 a méně rizikových položek.

DISKUSE

Experimentu se zúčastnilo 50 příslušníků eskortního oddělení Vazební věznice Praha-Ruzyně. Ke sběru dat byl použit sebeposuzující dotazník Stress profile, poskytující informace o specifickém životním stylu a zdravotním chování, které se mohou podílet u konkrétního jedince na stresových poruchách či onemocnění.

Intervenční metodu hodnotím jako velmi úspěšnou, jak vyplývá z tabulky č. 1, a to i přes krátký časový interval, po který byla aplikována. Zaznamenali jsme statisticky významné zlepšení skóre na 5% hladině významnosti u 9 položek z 15 (Stres, Chování typu A, Zdravotní návyky, Cvičení, Jídlo/výživa, Prevence, Sociální podpora, Psychická pohoda, Negativní pohled). Kladný posun u položky Prevence přisuzuji tomu, že se příslušníci začali připravovat na fyzické prověrky, jejichž splnění je důležité pro výkon povolání.

Úspěch intervence přikládám tomu, že česká populace dospělých má nedostatek pochval, někdy je zřejmě ani nepřijme ze strachu z manipulace. V reálném životě více a rychle káráme, zatímco s pochvalami velmi šetříme. Samozřejmě nelze také opomenout, že úspěšná aplikace této intervenční metody závisí

na osobnostních rysech a empatii manažera, který ji provádí.

Sběr dat před intervencí vedoucím pracovníkem probíhal v prosinci 2009, tudíž skóre respondentů mohl ovlivnit fakt, že bylo před Vánocemi, což je poměrně stresující období. Na druhou stranu celý březen, tedy v době sběru dat po intervenci nadřizovým, probíhaly komisionální prověrky bezpečnosti. Tyto prověrky probíhají jedenkrát ročně a jejich úkolem je prověřit dodržování zásad bezpečnosti ve vazební věznici. Pro příslušníky to znamená neustálou kontrolní činnost komise, která se skládá z 20 lidí a hodnotí veškeré pracovní činnosti.

Domníváme se, že tato intervenční metoda by si zasloužila další výzkumná šetření k podrobnějšímu ověření její účinnosti a především jejího působení v čase, a také k vyloučení sezonních vlivů (po dobu jednoho roku), nicméně ji hodnotíme jako velmi účinnou, a to především pro její snadnou použitelnost a absolutní finanční nenáročnost. Tříměsíční výzkum je pouze prvním krokem, další bude spočívat v udržení nastoupeného trendu a udržení nastoupené pozitivní změny.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. AALTONEN, M. a kol.: *Výzkum na téma stres spojený s prací*. Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, Lucemburk 2000. 167 s. ISBN 92-828-9255-7
2. BAKER, D. B. (1985): The study of stress at work. *Annual Review of Public Health*
3. BERNE, E.: *Jak si lidé hrají*. [s.l.], Dialog, 1992. 200 s. ISBN 80-85-19452X
4. COX, D. Frank, L AHEY, B. B.: *Psychology: an introduction, sixth edition*. McGraw-Hill 1998. ISBN 007228790X
5. HENNINK, G.: *Transakční analýza, Terapie a poradenství*: Grada Publishing, 2008.12, 264 s. ISBN 978-80-247-1363-2
6. HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. 1. vyd. Maxdorf, Praha 1995. 70 s. ISBN 80-85800-05-5
7. LAZARUS, R., FOLKMAN, S.: *Stress, Appraisal and coping*. Springer Publishing company 1984. ISBN 0-8261-4191-9
8. NOWACK K. M.: *Stress profile česká verze* J. Klose, P. Král. 1 české vydání, Testcentrum, Praha 2006
9. SMÉKAL, V.: *Transakční analýza: Příručka* [RTF online]. Brno 2001
10. WALANCE, M: *School-Centred Management Training*. Paul Chapman Publishing Ltd., London 1991

Možný střet zájmů a etických principů: není

Došlo do redakce: 30. dubna 2010

Recenzní řízení: do 5. května 2010

Přijato k tisku: 6. května 2010

Autoři: Bc. Vápeníková Kateřina, Mgr. Štěpánová Tereza, MUDr. Ing. Poušek Lubomír, MBA ČVUT fakulta biomedicínského inženýrství, vapenikova@volny.cz

Poděkování

Chtěli bychom poděkovat za spolupráci celému eskortnímu oddělení Vazební věznice Praha-Ruzyně, vedoucímu vězeňské a justiční strážce Bc. Lumíru Kübelovi a řediteli Vazební věznice Ivanu Horákovi.

Bc. Vápeníková Kateřina, nar. 30. 8. 1973



Studium:

1987–1991 SZŠ obor dětská sestra, 2001–2003 PSS IDVZP Brno, Ošetřovatelství v interních oborech 2004–2008 LF UK v Praze, bakalářské studium, studijní obor Ošetřovatelství, HK 2008–2010 ČVUT v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Kladno, obor Systémová integrace procesů ve zdravotnictví, po ukončení studia (červen 2010) se hlásí na doktorandské studium na

Fakultě biomedicínského inženýrství, studijní program Biomedicínská a klinická technika; od r. 2009 VŠ Zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty, magisterský studijní program, obor Ošetřovatelství.

Zaměstnání: 1991–1996 FN Motol, chirurgická novorozenecká JIP, dětská sestra od r. 1996 Vazební věznice, Praha-Ruzyně, zdravotnické středisko, zdravotní sestra od r. 2009 společnost kryo-terapie, s. r. o., odborný konzultant

ETIKA



TONDLOVÁ H.: RIZIKO ROZHODNUTÍ UČINĚNÉHO V ŠOKU

OLU onkologie a pneumologie, Nová Ves Pod Pleší, konziliární psychiater, Amelie, o. s.

Léta pracuji jako psychiater a psychoterapeut s onkologickými pacienty. Nebudu ale mluvit o tom, jak jim pomáhám, aby se vyrovnali se samotným faktem nemoci či s obtížemi léčby. Ve svém příspěvku bych se chtěla zaměřit na dosud podceňovaný problém rozhodnutí učiněných v psychickém šoku, který souvisí se sdělením závažné diagnózy, a na jeho dopady na budoucí život, sociální postavení a majetkové poměry pacienta. Přiblížím vám ho se souhlasem jedné mé pacientky na jejím vlastním příběhu.

Když se člověk od zdravotnického personálu dozví, že skutečně má rakovinu, je tou zprávou hluboce zasažen – Elizabehť Kübler-Rossová hovoří v této souvislosti o psychickém šoku. A je

přitom v zásadě jedno, jestli diagnóza naplnila předchozí pacientovy obavy nebo jestli sám před vyšetřením podezření na karcinom neměl. Každopádně je pacient v situaci šoku psychicky nesmírně zranitelný – i velmi inteligentní člověk se může překvapivě stát obětí podvodu, nechat se obelstít.

Právě to se stalo 51leté paní Vendule, která byla ke mně doporučena k akutní psychiatrické intervenci nedlouho před operací. Měla velmi pokročilý karcinom prsu ve III. stadiu a trpěla anxiózně depresivní symptomatikou. Když jsme se v polovině listopadu 2004 poprvé setkaly, zajímalo mě, jak mohla relativně mladá, inteligentní žena své onemocnění tak zanedbat. Dověděla jsem se, že o diagnóze ví již od jara, kdy jí zároveň

lékař doporučil operaci. V té době paní Vendula vlastnila domek se zahrádkou, který sdílela se svým přítelem, jenž se prohlašoval za léčitele. Společně v této oblasti podnikali, pěstovali na zahrádce byliny.

Když mu paní Vendula zdrceně sdělovala diagnózu, využil „přítel“ jejího psychického rozpoložení a navrhl jí, že ji bude léčit, že sám převezme starosti o společné podnikání i o majetek – a přesvědčil ji, aby na něj nechala nemovitost převést. Rozmluvil jí operaci, kterou paní Vendula skutečně odmítla, a v této situaci psychického šoku podepsala i souhlas s převodem majetku. Krátce poté si však „přítel“ přivedl novou partnerku a donutil paní Vendulu, aby se z údajně „jeho domu“ vystěhovala.

Mezitím nemoc velice pokročila – a právě tehdy jsme se potkaly. Pacientka byla operována, následně opakovaně léčena chemoterapií, kterou těžce snášela, trpěla všemi negativními vedlejšími účinky. Průběžně jsem ji přitom léčila antidepresivy (Coaxil 3x1) a podpůrně psychoterapií, resp. logoterapií. Paní Vendula výborně spolupracovala, její psychický stav se stabilizoval, deprese se neprohloubila ani při náročné chemoterapii, po ní depresivní symptomatika zcela vymizela.

Paní Vendula je v Čechách sama, sestra a otec žijí v Německu, její syn ve Švýcarsku – vzhledem k tomu, že se kvůli podvodnému jednání takzvaného přítele dostala do obtížné sociální

situace, doporučila jsem jí, aby se bránila a hájila svá práva. Vendula iniciovala soudní řešení majetkových otázek – já jsem doporučila, aby se k jejímu nedomyšlenému konání vyjádřil soudní znalec z oboru psychiatrie, který skutečně konstatoval, že v době sepsání „kupní smlouvy“ měla pacientka depresivní poruchu. Soud nakonec rozhodl ve prospěch paní Venduly, uznal, že rozhodnutí přijaté v šoku bylo neplatné.

Když jsme spolu hovořily o žalobě na bývalého „přítele“ pro zneužití bezmoci, paní Vendula zdůrazňovala, že se mu snaží odpustit. Já sama velmi oceňuji význam odpuštění pro jeho uzdravnou moc u nemocných a jako prevenci psychických i somatických problémů u zdravých. Nicméně jsem se snažila pacientku upozornit, že v jejím případě nejde o pomstu, ale o opatření, jež může pomoci i jiným lidem, kteří se v obtížné psychické situaci mohou stát obětí podvodu jako ona sama.

Zajímá vás, jak žije Vendulka teď? Je v Německu, blízko otcí i synovi, na zkrácený úvazek pracuje jako ošetřovatelka, má přítele. Po psychické stránce je dlouhodobě kompenzovaná, dochází na pravidelné onkologické kontroly. Ke svému onemocnění zaujímá realistický postoj, má obavy z recidivy, z další chemoterapie, věří však, že ji zvládne, užívá antidepresiva, dle svých slov se cítí dobře. Jsme spolu v pravidelném telefonickém kontaktu.

CO ŘÍCI ZÁVĚREM?

Velmi mě potěšilo, že kauza rozhodnutí přijatého v šoku zaujala i právníky, po konzultacích s docentkou JUDr. Hýbnerovou z Právnické fakulty UK

v Praze by měla být tato problematika zařazena i do výuky budoucích právníků, aby byli připraveni na možnost řešit

podobné kauzy bez zbytečného stresování klientů.

A nám, psychiatrům, psychologům a lékařům, kteří pracujeme s vážně nemocnými pacienty, doporučuji, abychom je už při sdělení závažné diagnózy upozornili na to, že boj s nemocí je náročný fyzicky i psychicky a že při sdělení diagnózy i po celou dobu léčby existuje určité riziko unáhleného

rozhodnutí, které je může po uzdravení či při dlouhodobé remisi vystavit dalšímu stresu a způsobit jim problémy.

Já pak děkuji za souhlas, nevšední spolupráci a sílu i odvalu, s jakou dokázala Vendulka vše zvládnout a být ku prospěchu i druhým.

SCHÜFFEL W., KOL.: RADOVAT SE Z DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ: ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE¹

(DYNAMICKÝ SEMINÁŘ, ZAMĚŘENÍ NA SYMPTOM A NALÉZÁNÍ SMYSLU)

W. Schüffel², W. Merkle³, P. Frevert⁴, L. Rackwitz⁵, D. Atmanspacher⁶, A. Schoepner⁷

Věnováno: Felixi Anschützovi, bývalému primáři Lékařské kliniky městských zdravotních zařízení města Darmstadt, bývalému vedoucímu Akademie pro další vzdělávání lékařů Zemské lékařské komory spolkové země Hesensko a nadanému loutkoherci

Další vzdělávání má přinášet radost, smí být bezprostředně uspokojivé a z dlouhodobého hlediska se musí vyznačovat nalézáním smyslu.

TROJNÁSOBNÝ CÍL V PODOBĚ RADOSTI, USPOKOJENÍ A NALÉZÁNÍ SMYSLU

Radost znamená např., že doprovázíme proces truchlení při jeho vypouštění či uzavíráme návštěvu v domácnosti s prohloubeným vhladem do rodinného dění. Uspokojení znamená, že jsme schopni bezprostředně zprostředkovat význam symptomu. Nalézání smyslu znamená, že se navracíme k teleologické rovině v medicíně.

Jakým způsobem se usiluje a ve šťastném případě dosáhne splnění tohoto trojnásobného cíle v podobě radosti, bezprostředního uspokojení a nalézání smyslu? Jak to probíhá na dynamickém semináři (1) v Bad Nauheimu?

DREIFACHES ZIEL VON FREUDE, BEFRIEDIGUNG UND SINNFINDUNG

Freude heißt, z.B. einen Trauerprozess im Loslassen zu begleiten oder einen Hausbesuch mit vertieftem Einblick in ein Familiengeschehen abgeschlossen zu haben. Befriedigung heißt, die Bedeutung des Symptoms unmittelbar vermitteln zu können. Sinnfindung heißt, zum Teleologischen in der Medizin zurückfinden.

Wie wird dieses dreifache Ziel von Freude, unmittelbarer Befriedigung und Sinnfindung angestrebt und im geglückten Falle erreicht? Wie geschieht das innerhalb des Bewegenden Seminars (1) in Bad Nauheim?

¹ Převzato se souhlasem prof. Schüffela z Hesenského lékařského věstníku 2/2008.

² Emeritní profesor, bývalý vedoucí Kliniky pro psychosomatiku, Centra pro vnitřní lékařství Philipps-Universität v Marburgu.

³ Ředitel Kliniky pro psychosomatiku a psychoterapii, Nemocnice sv. Ducha ve Frankfurtu.

⁴ Odborný lékař pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii, Kassel.

⁵ Odborný lékař pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii, Frankfurt.

⁶ Odborný lékař pro anestezií, psychoterapeut, Kassel.

⁷ Vedoucí lékařka Kliniky pro psychosomatickou medicínu v Burgebrachu/Bamberg.

FORMÁLNÍ NABÍDKA

Kurikulum „Základní psychosomatická péče“ v Bad Nauheimu umožňuje účastníkům získat v šesti blokových seminářích (každý

seminář o 20 hodinách) certifikát „Základní psychosomatická péče“. Limit pro počet účastníků je 36.

PRŮBĚH ROZŠÍŘENÉHO DYNAMICKÉHO SEMINÁŘE: SKUPINOVÁ PRÁCE, PRÁCE NA PŘÍPADU A RÁMEC

Skupinová práce: Zde se uplatňuje dynamický skupinový princip zpola otevřené skupiny: plénium účastnic/účastníků se setkává vždy v pátek na balintovských seminářích organizovaných ve velké skupině s vnitřním a vnějším kruhem. Toto plénium je v následující sobotu rozděleno na tři balintovské skupiny vždy po 12 účastnících, aby bylo dosaženo intimnější atmosféry. Zde každá skupina zvolí svého mluvčího, který se v neděli v poledne účastní evaluačního a vývojového rozhovoru vedení semináře.

Práce na případu: V rámci jednoho bloku semináře čítajícího 20 hodin dalšího vzdělávání je zpracováno šest případů. Dva případy ve velké balintovské skupině, dva případy v malých balintovských skupinách a dva případy v plénu společně s pacientem. Během jednoho půldne je *pacient přítomen v plénu nepřetržitě*. Tři odlišné formy skupinové práce umožňují různé stupně intimity a zrcadlení praxe. Zatímco velká skupina skýtá vhledy do všeobecné péče ve spolkové zemi Hesensko, ale také v celé spolkové republice, zaměřují se malé skupiny na charakteristické konfliktní situace a možnosti jejich řešení v rámci vztahu dvou stran. Plenární skupina představuje nejostřejší odraz situace v praxi, na klinice či v jiné instituci z hlediska konkrétních verbálních (neverbálních) možností intervence, který si lze představit.

K vysvětlení práce na případu a skupinové práce: V obou plenárních skupinách probíhá jako ústřední část výcviku vlastní Dynamický seminář (1) včetně

dynamické anamnézy. Tento seminář se skládá se sedmi částí (srov. tab. 1).

Zaměření na symptom: Ústřední místo během hybné anamnézy a vůbec během celého Dynamického semináře zaujímá vypořádávání se symptomem. Symptom je viděn v jeho čtyřech významech, a sice 1. přání; to znamená moci si *vědomě* přát; 2. odsouvání: chtění odsouvat přání, z *nevědomé* motivace; 3. odkládání: napětí z konfliktů mezi přáním a odsouváním, která vedou za určitých okolností k mnohaletému odkládání; 4. rozpouštění: alespoň částečné rozpouštění nevyřešených konfliktních situací.

Během *Dynamického semináře* a jeho dvouapůlhodinového průběhu je první část – Dynamická anamnéza – časově nejobsáhlejší. Také tato část je rozdělena do sedmi fází (tab. 2). První a poslední fáze jsou nejdůležitější: Na úvod je *ve slovní podobě zachycena zdvojená problematika mezi lékařem a pacientem* (2). Na závěr jde o pojmenování prostorů, v nichž se pacient (na začátku) rytmicky pohybuje. Tuto formulaci je nutné chápat metaforicky (viz dále).

K rámci Dynamického semináře: seminář se skládá z jednotlivých přednášek a cvičení, které jsou interaktivně (mimo jiné interaktivní konstelace ve třech podle L. Rackwitz) integrovány do programu během všech tří dní. Obsahově představují směs témat vztahujících se k nemoci, vývoji a intervenci. Témata vztahující se k nemoci se zaměřují převážně na orgány (srdce, plíce, žaludek a střeva, pokožku, gynekologická

onemocnění). Velký prostor zaujímají somatoformní poruchy (viz dále). K vývojovým tématům náleží z hlediska těžiště psychologický vývoj člověka a jeho dopad na pozdější chování včetně zpracovávání nemocí a vliv na přenos i proti-přenos. K intervenčním tématům patří krátké úvody do skupinových technik včetně balintovské skupinové práce a technik pro vedení rozhovoru. Těžiště je přitom na vedení

rozhovoru při prvním rozhovoru a rozhovoru v průběhu terapie a dále intervence v akutních situacích.

Aspekty *salutogenese*, to znamená aspekty smyslu pro koherenci, jeho vývoj a význam, jsou průběžně doplňovány patogenetickým pohledem.

DŮSLEDKY: SOMATOFORNÍ PORUCHY A SPOLEČNÉ JEDNÁNÍ

V roce 1983 jsme začali zřizovat lokální, to znamená regionálně vztahované kruhy pro další vzdělávání v oblasti základní psychosomatické péče (3, 4). (Schüffel, Fassbender, 1983; srovnej také oznámení v Hesenském lékařském věstníku, 1983).

Do popředí jsme postavili hledisko motivace. Předsedové akademie H. Kerger (5) a F. Anschütz (6, 7) tyto snahy prozíravě podporovali již tehdy. Později se tak dělo díky E. G. Lochovi. Anschütz mluví o „přirozeném poznání, znalosti člověka a dovednosti“, které zakládají motivaci k dalšímu vzdělávání.

Souběh těchto tří kvalit umožňuje lékařům a pouze jemu vykládat symptom popsáním způsobem. V naší práci jsme byli určováni poznatky jak J. von Uexküll, tak jeho syna T. von Uexküll o funkčním, popř. situačním okruhu (8). Slovo „určovat“ je zdůrazňováno jako ústřední pojem motivace. Při naší práci jsme „vnímali“ (podle „světa k poznání“ Uexküllových prostředí), jak se určité základní vzorce lidského chování a vnímání (v tomto pořadí) stávají opakovaně významnými: Objevovali jsme význam symptomu z chování. Ještě později jsme zjistili, že tento postup odpovídá postupu Antropologické medicíny (v. Weizsäcker, 1956; 1987(9)) s jejím uspořádávajícím okruhem a patičnými kvalitami. Zdálo se, že cesta k zavedení subjektu do lékařství jako základní požadavek Antropologické medicíny byla dosažena (10). Nicméně odpor proti takovéto formě medicíny byl na konci devadesátých let minulého století značný. Projevoval se v tom, že účastníci takřka

jednohlasně vítali možnost setkat se s pacientem – avšak v jejich praxích nebyli žádní pacienti pro Bad Nauheim k nalezení.

Teprve v posledních třech až čtyřech letech se postoj změnil. Dnes je zřejmé, že lékaři a lékaři se jako *subjekty chtějí mezi sebou navzájem a s pacienty stýkat* (11). Dávají se poznat jako *traumaticky poškození*. Po celé generace (Schüffel, Pauli, 1992) byli pacienti prezentováni jako nositelé nemocí, a tím se stávali *objekty* demonstrace nemoci. Naproti tomu za podmínek Dynamického semináře se subjekty setkávaly při svobodné vůli a vzájemné odpovědnosti (12) jako partneři v rozhovoru a pracovní partneři: V rostoucí míře byli představováni pacienti se somatoformními bolestivými poruchami, somatoformními poruchami obecně, úzkostnými, depresivními, adaptačními a traumatickými poruchami. Toto duševní otevření spadá do období, v němž se jeden z účastníků prvního kurikula z roku 1988 začal podílet jako docent a nyní jako spoluautor (P. F.) práce na rozvoji kurikula. Mezi lékaři vzniklo nové vědomí, vědomí spatřovat ve vztahu mezi lékařem a pacientem pracovní vztah zakládající se na vzájemnosti, dokonce na demokratické bázi.

Pomoc k dalšímu rozvoji tohoto vědomí je nutná. Zde se na straně jedné opíráme o odpovídající práce založené na pragmatice jednání (13, 14, 15, 16, 17), na straně druhé budou nepostradatelné koncepční vývojové práce zahrnující teleologické aspekty spojené s fenomenologickými (18, 19).



Korespondenční adresa
Prof. Dr. med. Wolfram Schüffel
Kaffweg 17a
35039 Marburg
www.Schueffel.com
e-mail: Wolfram@Schueffel.de

Literatura: U autora

DISKUSE



ODPOVĚĎ PAVLA ČEPICKÉHO (AD ŠIMEK J.: BYLA TO AUTONOMIE ŽENY V PORODNICTVÍ, KTERÁ NÁS DOVEDLA TAM, KDE JSME? PSYCHOSOM, 2010;8(1), S. 85)

Milý Jirko,

napsal jsem článek, v kterém jsem popsal situaci v současném porodnictví. Troufám si říci, že problémy českého porodnictví znám ze všech stran a ze všech úrovní. Sedím ve výboru Perinatologické sekce České gynekologické a porodnické společnosti; sedím ve výboru České gynekologické a porodnické společnosti; pořádám doškolovací kurzy, kde se setkávám se stovkami řadových gynekologů; napsal jsem víc než sto znaleckých posudků. Každý rok trávím měsíce na ambulanci

hovory s těhotnými, týdny na porodním sále a dny u soudů.

Dostalo se mi od Tebe poučení z akademické pracovny, zcela izolované od reality. Nevíš o reálném životě a reálných problémech nic. Teď právě vystupuji jako znalec v jedné porodnické kauze, kterou porodníci nepochybně prohrají. Postupovali přesně tak, jak píšeš. Opakovaně s rodičkou mluvili, opakovaně vysvětlovali, snažili se vyhovět, pokud to bylo únosné, nakonec rozhodli sami, když se to stalo neúnosným, všechno docela pečlivě

zapsali a všechno je kromě toho doloženo svědeckými výpověďmi. Dítě je poškozeno hypoxií a nikdo jim to neodpáře. Celý soud se točí kolem toho, že nemají podepsaný formální písemný revers. Ale – mezi námi – i kdyby ho měli, moc by jim to nepomohlo. Porod je děj dynamický a fakticky by si museli každou půlhodinu, v závěrečné fázi pak i častěji, nechat podepisovat reversy stále nové a další. Píšeš, že to „dovědčí druží pacienti“. To skutečně myslíš vážně? Byl jsi někdy u nějakého soudního jednání? Četl jsi někdy výpověď „druhého pacienta“? Nehledě k tomu, že na porodním sále obvykle „druhý pacient“ není a hovoří-li lékař s pacientkou, tak by tam žádný druhý pacient ani být neměl, a nehledě k tomu, že tahat „druhého pacienta“ po policii a po soudech – nevím, jak se to slučuje s etikou. (Stranou nechávám problémy spojené s povinnou mlčenlivostí, když bych vůbec prozradil, že nějaký „druhý pacient“ byl, a dokonce na něm požadoval výpověď.)

Píšeš, že „lékař je úzkostný, když pacient neposlechne“. Aby nebyl, hrozí mu nepodmíněné odnětí svobody, hrozí mu zákaz činnosti ve zdravotnictví, což znamená profesní a často i existenční likvidaci. I v nejpříznivějším případě mu hrozí roky se vlekoucí proces se všemi finančními, časovými, emočními důsledky – a se zcela nejistým a zcela nepředvídatelným výsledkem.

Nu nic. Popsal jsem problémy českého porodnictví, které já sám pokládám za zásadní a základní. Rozbití vztahů mezi klientkami a lékaři je zásadnější

problém, než je nedostatek peněz. Nemluvím o nedostatku lékařů – ten je víc důsledkem těch problémů, které jsem popsal, než nedostatku peněz. Porodníci mizí – stačí jedna žaloba a oddělení opustí ne jeden, ale hned několik lékařů a uchýlí se do gynekologických ambulancí. Nová generace neexistuje, fakticky neexistuje už ani střední generace. Kvalitního primáře neseženeš za žádný plat – žádný plat neodpovídá právnímu riziku. Strach z žaloby ovlivňuje rozhodování, a jak už to bývá, přibývá průšvihů jinde. Dopady na kvalitu a výsledky jsou nabíledni.

Vývoj jde kupředu rychleji, než jsem si já, známý pesimista, myslel. Za rok 2008 jsme dohledali („dohledali“ – systém hlášení se zásluhou ministerstva zdravotnictví rozpadl) 19 mateřských úmrtí. Což je tak na úrovni 70. let minulého století a evropská ostuda. Ještě před 10 lety jsme mívali 4–5 úmrtí za rok a řešili jsme, jak to snížit. Perinatální mortalita se zatím drží zásluhou neonatologů. Ale to je jenom otázka krátké doby – závažná perinatální morbidita už stoupá druhý rok. A bude hůř.

Když ses ozval, doufal jsem, že mi lékařská etika Tvými ústy či Tvým perem něco poradí. Dostalo se mi akademického pokárání ze zaprášené pracovny, zcela odtržené od reálného života.

Ale máš pravdu, neměl jsem to psát. Slibuji, že už to víckrát neudělám.

Pavel Čepický

KŘÍŽOVÁ EVA: PORODNÍ DRAMA Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU A NAD RÁMEC PSYCHOSOMATIKY (RAK, T., CHVÁLA, V. PSYCHOSOM 2010: 8 (1), s. 16–27

Přiznám se, že jedním dechem jsem přečetla příspěvek Porodní drama očima rodičů, zatímco ostatní články jsem povětšinou pouze přelétla s tím, že je dočtu jindy, nebo si předem dokážu představit jejich pokračování či závěry, popřípadě úvod, pokud bych četla od konce. Je to tím, že vědecké články mají logiku, ale životní příběhy ne, a zasáhnou nás svou autentičností každického detailu, od samého začátku do samého konce. Popsaný příběh je velmi silný, nejen proto, že skončil narozením těžce postiženého miminka, ale i intenzivním zápasem, který nastávající rodiče ze své perspektivy svedli s víceméně neochotným a nevstřícným zdravotnickým systémem. Znovu se přiznám, že jsem si příběh trochu odžila s rodiči a připomněla si vlastní obavy a strachy v souvislosti s těhotenstvím a porodem i vlastní porodní či jiné nemocniční zážitky. Na tomto místě není možné a ani důležité prověřovat tzv. pravdu příběhu, jistě by zdravotníci viděli situaci jinak než rodiče (vlastně jeden z rodičů). Já ve svém komentáři vycházím z toho, že věci se pro otce děly tak, jak je popisuje, a přinejmenším že je tak partneři vnímali. Již dávno se ví, že „situace je reálná, je-li reálná ve svých důsledcích“, jinými slovy a srozumitelněji, podstatné pro naše prožívání a konání je to, jaké významy situacím přikládáme a jak je interpretujeme, jak situaci subjektivně definujeme. Někdo, když vidí postavu s punčochou přes hlavu, se zasměje a zeptá, kde mají karneval, jiný dá ruce vzhůru a vysype rychle peněženky a kreditky. Ve vztahu mezi pacienty (klienty) a zdravotníky, jsou to pacienti

(klienti), jejichž potřeby mají mít (dle mého názoru sociologa, ne zdravotníka) přednost a na jejichž potřeby má být systém primárně orientován. Mnohokrát bylo popsáno, že moderní zdravotnické instituce, zracionalizované a zbyrokratizované ve své podstatě, leckdy dávají přednost cílům instrumentálním před finálními (vyjádřeno žertem „pacient se vzbudí, aby mu mohly být podány prášky na spaní“), to se skutečně děje a lze to do jisté míry i chápat, ale je třeba říci, že ač se to děje a může být, vždy je to chyba a je třeba ji napravit, tedy je třeba opakovaně a znovu upomínat na pravý, primární cíl zdravotnictví, jímž je poskytování péče těm, kdo ji potřebují, v souladu s jejich potřebami. I zdravotníci mají své potřeby, jak opakovaně zdůrazňují, a jsou také oprávněné, ale je tu jeden podstatný rozdíl. Uživatelé péče jsou apriorně znevýhodněni oproti zdravotníkům svými obavami (o zdraví, život, nový život apod.), svou neznalostí situace a prostředí, náhlou expozicí zážitkům, s nimiž nemají předchozí zkušenost. Narození dítěte takovou mimořádnou událostí je, většina žen má na rozdíl od žen žijících před sto lety jednu dvě takové zkušenosti za život, pouze výjimečně jde o častější zážitek.

Zcela jistě i zdravotníci mají právo na systémové, stereotypní rolové chování a také oni najdou porozumění pro některé profesní projevy či profesní deformace i mezi psychosomaticky a humanitně orientovanými odborníky. Chovali bychom se asi stejně, kdybychom byli jako zdravotníci vychováni a pracovali v byrokratickém systému, ale toto uvědomění si situace a identifikace

problému zde nekončí, neboť musí přirozeně směřovat k nápravě směrem k žádoucímu stavu. A tímto žádoucím stavem je schopnost zdravotnického systému a zdravotnických služeb reagovat na zdravotní a psychosociální potřeby uživatelů. V celém vyspělém světě se vstřícnost (responsiveness) zdravotnictví stala novou kvalitou a představuje otevřenost systému vůči potřebám uživatelů, schopnost s těmito potřebami počítat při plánování a samotném poskytování služeb. I naše zdravotnictví se k této hodnotě oficiálně hlásí a schopnost reagovat na potřeby klientů je důležitou součástí sledování kvality péče při akreditačním řízení. V porodnici v městě N., kde se příběh stal, jistě o sledování kvality péče či vstřícnosti a akreditaci neměli valné ponětí.

Celý příběh je o řetězení problémových momentů a jejich dramtizaci v důsledku neschopnosti či neochoty přerušit tok nedorozumění. Rodiče pravděpodobně udělali také mnoho interakcí, které by žádná příručka sociální psychologie či komunikace nedoporučila, a jistě nestavěli příliš na sociálních dovednostech ani diplomacii, ale v konfrontaci laiků a zdravotníků jsou to laici, pro které má mít zdravotnický systém pochopení a trpělivost, jsou to laici, kteří mají i právo na chybu, neboť jejich rozhodování je motivováno tím nejvyšším zájmem – aby se miminko narodilo tak, jak má, správně, protože oni s ním budou žít, ne zdravotníci. Představy o správnosti a přiměřenosti mohou být různé nejen mezi laiky a zdravotníky, ale i mezi zdravotníky samými, obzvlášť nápadné jsou interkulturní rozdíly v přístupu k rodiče či pacientovi. I kdyby rodiče reagovali podle názoru zdravotníků nepřiměřeně dané situaci (odmítli indukci v daný den, trvali na přirozeném

začátku porodu, měli své představy o indikaci k císařskému řezu apod.) a jeví se jako neposlušní, nespolupracující (zdravotníci by řekli hysteričtí či kverulanti), přesto všechno příběh obsahoval mnoho momentů, kde byla evidentně porušena základní vstřícnost systému (poznámka porodní asistentky, že čeká další klientku, chůze do 3. patra bez doprovodu sestry). Důležitým profesním znakem kvalitních služeb a jejich nepominutelnou součástí je laskavost, schopnost uklidnit a utišit a něco, co bych se dokonce odvážila nazvat schopností „ničím nepodmíněné lásky“ k nemocnému nebo „ničím nepodmíněného přijetí“, jež se může projevat tím, že ho zdravotník nebude ve vypjatém momentu napomínat (i když by si to třeba zasloužil), odsuzovat, nota bene strašit, prohánět či trestat a že se bude snažit, aby tento dojem vůbec na straně nemocného (uživatele péče) nevznikl. Poznámky o kvalitě dokumentace a porodopisu jsou natolik závažné, že by se k nim mohl kvalifikovaně vyjádřit jen právník, jímž já nejsem.

Úzkost a strach zhoršuje průběh nemoci, léčby, i těhotenství a porodu. Skoro se zdá, že čím víc obav, tím horší výsledek, ale takto schematicky to nefunguje. Vzpomínám si na jednu obdobnou kazuistiku z amerického prostředí (bohužel ji nejsem schopná dohledat). Těhotná žena, rovněž aktivní ve svém zájmu o to, jak porod bude probíhat a mající vlastní představu o správnosti porodu (bez medikace, co nejpřirozenější) je v závěru těhotenství nečekaně hospitalizována z důvodu zhoršených laboratorních testů indikujících potíže na straně miminka a potenciálně ohrožující i ji. Sdělení příběhu by se dalo stručně vyjádřit takto: dokud se žena aktivně zajímala o to, jaké procedury ji čekají, proč jsou

indikovány, jaká mají rizika a jaký očekávaný prospěch, dařilo se jí i miminku čím dál hůř a situace se dramatisovala (horšily se laboratorní a jiné nálezy), až dospěla do bodu, kdy se rodička z důvodu tělesného kolapsu nemohla dál projevovat aktivně, v důsledku tělesné slabosti a zhoršení všech parametrů musela vzdát svůj zápas a oddat se pasivně rozhodnutí zdravotníků, vůči kterým již neměla sílu se bránit. A v tomto bodu se začala situace její i jejího miminka obracet a byla úspěšně zakončena. Příběh nechce dokazovat, že poslušnost se vyplácí, protože to odporuje empirické pravdě, jež říká, že poslušnost se ne vždy vyplácí (a jak to poznat předem?). Zároveň ale příběh naznačuje cosi důležitého, a sice že pacient, který přijme roli a pozici pacienta (ať již důvěřuje nebo je přinucen svou tělesnou slabostí a indispozicí), teprve může z poskytované péče takto nastaveného systému profitovat (zdravotníci chtějí v podstatě dělat věci dobře), zatímco ve chvíli, kdy se intervencím aktivně brání, svádí boj, který nemá dobré vyhlídky. Kdybych to aplikovala na jeden moment v příběhu (těsně před dojezdem do porodnice N.), za dané situace asi bylo nejrozumnější přijmout telefonické tvrzení primáře o tom, že „lepšího porodníka než dr. Č. si nemohou přát“. Mnozí by se na tomto místě uklidnili a radovali se z této informace, ale patrně pro tento pár již bylo na získání důvěry v tento dramaticky probíhající den pozdě.

Na obou stranách mohlo být ledacos uděláno jinak a příběh by býval mohl být jiný (i když lze těžko říci, zda by byl zvrácen nešťastný výsledek, jímž je narození postižené dcerky). Rodič na konci naznačuje systémové chyby v porodnici, když zmiňuje, že podobná příhoda se v zařízení opakovala. Ani toto nelze vyloučit a muselo by to být

předmětem dalšího šetření. Měli bychom vnímat projevy nespokojenosti i jako příležitost reflektovat problémy včas a předcházet dalším pochybením. Stejně tak jsou na pováženou dlouhé prodlevy na straně rodičovského páru, které je přivedly do porodnice až v 16.20, když první známky žena pozorovala již kolem čtvrté hodiny ranní. Tak jako tak se mi zdá, že ještě více než informace o psychosomatických souvislostech nemocí (a těhotenství) by čeští zdravotníci potřebovali základní kurz buddhismu, který říká, že lidský život (natož výkon zdravotnické profese) je pouze tehdy hodnotný, když jsme schopni projevit základní soucit s člověkem v nouzi. Porodní asistentka, která přišla sama od sebe po porodu za rodiči, aby je podpořila, takový soucit projevila. Pokud by byl buddhismus pro české poměry silné sousto (již slyším námitky), doporučuji českým zdravotnickým manažerům zjistit, jaké kurzy absolvují pracovníci na přepážkách České spořitelny, protože jejich laskavé reakce na leckdy stupidní dotazy finančně negramotných klientů jsou lekcí vstřícnosti a profesionality vůči klientovi. V České spořitelně správně chápou, že klient je ochráncem mocného. Rovněž z veterinární praxe je známo příkladné chování personálu vůči majitelům domácích mazlíčků (možná i v našem příběhu hrálo roli to, že maminka byla veterinární lékařka a patrně byla zvyklá se určitým způsobem chovat k svým klientům a toto očekávání přenášela do humánní medicíny, ale to je jen má spekulace).

Situace rodičů je velmi smutná a tento příběh bude trvalou součástí jejich mladých životů a životů jejich širších rodin, bude stále s nimi, bude je přivádět k otázkám, na něž nejsou odpovědi, nebo na něž jsou odpovědi různé, pouze kusé, nejasné a tak podobně. Jejich pocit, že se

chovali příliš slušně a že by bylo účinnější „zařvat“, je naprosto věrný a zažívá ho mnoho lidí, kteří byli vážně zklamáni zdravotnickým systémem, když byli oni nebo jejich příbuzní v opravdové nouzi. Ukazuje to na vážnou věc, že za určitých okolností je v českém prostředí snazší si některé věci sprostě vyřvat než vyjednat, a také na to, kolik zloby musí zůstat v myslích nespokojených pacientů i jejich příbuzných a jak se tato zloba asi transformuje. Zcela stranou zůstává otázka, že si mladí rodiče na tuto péči, se kterou byli tak hrubě nespokojeni, přispívají ze svých příjmů, a tedy je zcela legitimní jejich očekávání, že jako

uživatelé péče budou mít možnost své představy o péči uplatnit, vyjádřit, ventilovat.

30. března 2010

Eva Křížová, Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií, evakriz@centrum.cz

Přijato 30. března 2010

Zařazeno k tisku 30. dubna 2010

ÚVAHY, NÁZORY



HÁNOVÁ ZINA: NĚKOLIK POZNÁMEK K VÝUCE MEDICÍNY

Dívám se na studium medicíny prizmatem 20 let lékařské práce. V práci se setkávám se studenty medicíny, jednoho máme doma. Znovu a znovu se zabývám úvahami, jak ještě jinak by se dala medicína učit, aby student po absolvování byl připraven na to, co ho čeká. Připraven pro pacienty, připraven pro sebe, pro týmovou práci. Zažili jsme léta ládování EB informací do našich hlav. Splnilo to účel připravenosti na frustraci, sebezapření, procvičili jsme paměť, vytrvalost. Jistě i další osobnostní rysy nám studium vycizelovalo.

Málo nás naučilo co dělat s úzkostí z neúnosné odpovědnosti. Nepřipravilo

nás na zlost na pacienty, na vztek pro zneužívání nočních služeb. Na tlak zdravotnického systému, který se namísto o léčbu a zdraví stará o finanční zisky a ztráty.

Nenaučili jsme se co dělat, když vnímáme zneužívající a agresivní chování rodičů k dětem.

Jak zacházet s dětmi, když jim při ošetření uší děláme bolest, neztišitelně se bojí, kopou, řvou. Jak setrvat v kontaktu s umírajícím. Nedověděli jsme se jak zacházet se zbožnou důvěrou, kterou někteří pacienti do ordinací přinášejí. Co s tím, když pacient není schopen žít s námi v terapeutickém

vztahu nebo se v něm na nás závisle pověsí. Jak pomáhat tomu, kdo se sám poškozují... Čtenář ať doplní, co tu chybí.

Tím a mnohým dalším se zabývá psychoterapie, výcviky. Kdo se ve výcviku potká s psychosomatickým přístupem, začne podobné jevy řešit snáz. Výcvik doplní, co škola neudělala.

Z praxe mi vyvstala otázka, proč vykládat systematicky psychosomatiku (pro pedagoga i studenty je to nudné). Odpověď neznám. Jako kdybychom nebyli slovy schopni postihnout podstatu. Až když uchopíme příběh, kazuistiku, metaforicky posluchačům předáváme, co jsme chtěli. Jistě můžeme hovořit o odlišnosti v odebrání anamnézy, o vrstveném diagnostikování, třídít pacienty podle různých hledisek, ale stále to není „ono“.

Žádné nabyté vědomosti nenahradí základní, vztah. Jak se vztahujeme k pacientům, jejich rodinám, jak se v terapeutickém procesu vztahujeme sami k sobě.

Podstatné je uloženo pod slovy, v hloubce naší osobnosti. Vztah se učíme jedině ve vztahu. Nevím, jak se to děje,

ale o terapeutickém vztahu se na fakultách mluví málo nebo vůbec.

A tak jako potomci šamanů potřebujeme šamana, který by nás zasvětil. Do čeho? Možná právě do vztahů. Víc než vysokoškolského pedagoga dnešního typu (je uštvaný, přetížený, nedostatečně placený, málo spokojený) hledáme guru. Nikdo není pro terapeutickou práci všestranně vybaven ze své původní rodiny. Domodelováváme si své vztahy ve výcvicích, v kurzech. Potkáváme své další „mámy a táty“. Zprvu „nezasvěcení“ pronikáme k nepoznaným stránkám člověka a necháváme člověka pronikat k nám. Nestačí být vycvičen a vyučen, potřebujeme někoho, kdo nás zasvětil. Na některé pedagogy se pak vzpomíná.

Když tohle nazírám, potěší mě zpráva, že na jedné fakultě medicíny stáže v posledním ročníku probíhají tak, že dvojice studentů má svého asistenta. Nikoli houf bezejmenných, sledující tok řeči bezejmenného. Člověk má svého člověka. Co na tom, že je to ve Francii. Aspoň že někde na Zemi. Pokud se to podobně děje i někde v Čechách, dejte mi, prosím, vědět.

MUDr. Zina Hánová
ORL klinika, foniatriká ambulance
zina.hanova@gmail.com

Poznámka šéfredaktora: Nutno říci, že s touto skepsí stran výuky se ujala Zina Hánová své přednášky z oblasti ORL v kurzu Základní psychosomatická péče IPVZ v květnu t.r. a bylo to velmi dobré. Doufám, že to potvrdí i některý ze čtyřiceti účastníků kurzu. Je vidět, že pochybnosti mohou vést k hledání a to k nalézání vhodné cesty. Přednášky těch, kdo mají zkušenost z praxe, jsou ve výuce vítány, protože jednak ukazují, že to jde, a jednak jsou samy o sobě věrohodné.

ŠTASTNÁ BARBORA: RODINNÁ ANAMNÉZA BEZVÝZNAMNÁ?

Pracuji na neurologickém oddělení v nemocnici. V rámci předatestační přípravy mám povinné absolvovat 2 roky na neurologii, nežli budu moci postoupit dále k svému vybranému lékařskému oboru, kterým je rehabilitační a fyzikální medicína. Tedy lékařský obor, který se mi líbí a o němž si myslím, že je jeden z mála lékařských oborů, který dává možnost relativní svobody v přístupu k pacientovi a formě práce s ním. Líbí se mi, že v tomto oboru lékař na pacienta sahá svými vlastníma rukama. Dotýká se. Kdy se vás naposledy lékař dotkl? V tomto oboru (pokud si to tak člověk zařídí), je i možnost a prostor k povídání. Ne jen odebrání základní anamnézy.

Ještě na medicíně, někdy ve čtvrtém ročníku, jsem si vytyčila dosti mlhavý cíl, který pomaličku nabývá jasnějších obrysů, ale stále je ještě dosti zahalen

PSYCHÉ A SÓMA

To, co je v jiných kulturách jeden celek, dvě neoddelitelné části jednoho celku, se u nás jaksi oddělilo... a dnešní moderní medicína se zabývá téměř výhradně tím sóma, tedy tělem a jeho „součástkami“. A jejich opravováním.

Medicína se atomizovala na rozličné obory a obůrky a lékaři se specializují na konkrétní orgány, ale jaksi chybí celistvost a komplexnost v přístupu k pacientovi.

Chybí zájem o pacienta z hlediska jeho životního příběhu, okolností vzniku nemoci, neptáme se na to, jak pacient žije, v jakých podmínkách, kde pracuje,

ranním oparem... Totiž jakési propojení fyzioterapie s psychoterapií.

Myslím, že v těchto dvou oborech má člověk možnost přiblížit se člověku po tělesné stránce, dotekem, uvolněním svalových spazmů apod. a zároveň při navázání rozhovoru nabídnout člověku bezpečnou půdu pod nohama, důvěru a možnost otevření se.

Pracovat na člověčí tělesné schránce pokud možno svými rukama a zároveň umět se ponořit hlouběji do duše, do srdce, do myšlenek, tužeb, strachů, nadějí, lásek, trápení dotyčné osoby... spojit umění manipulací, mobilizací, „napravování“ zad, krků, hlav a jiných součástí těla s uměním lidi uchopit do rukou, pohladit, sevřít, získat si jejich důvěru k rozhovoru, který otvírá dveře. Vést s nimi dialog nebo, dá se říct, jakousi psychoterapii.

jak je spokojen se svým životem... nemáme na to čas a ani nás to ve škole neučili, prostě to do odebírání anamnézy nepatří. Zato se ptáme, jestli měli rodiče cukrovku anebo infarkt a jestli má pacient alergii na jód a jestli pije alkohol a kouří.

Na druhé straně psycholog se zaměří na to „psycho-“ a o sóma se moc nezajímá. Dal by se najít průnik mezi těmito dvěma zdánlivě vzdálenými obory? Věřím, že ano. Teď mě napadá, že bych se mohla maličko ponořit do té anamnézy, když už o tom byla zmínka...

Na našem oddělení (jako všude jinde) začínáme vyšetření anamnézou.

1. Rodinná anamnéza – ptáme se hlavně na kardiovaskulární onemocnění, diabetes a hypertenzi v rodině, popř. jiná závažná onemocnění. Pokud tam nic takového není, vyplníme kolonku slovem bezvýznamná.

2. Osobní anamnéza – tam se ptáme na onemocnění, se kterými se člověk léčí a od kdy. A jestli v dětství prodělal spalničky a černý kašel, dále jestli někdy měl vážný úraz se ztrátou vědomí, jestli prodělal nějaké operace a jaké.

3. Abusus – ptáme se, jestli kouří a kolik, jestli pije alkohol a kolik. Pije černou kávu? A kolik denně?

4. Alergie.

Tak to je tedy anamnéza, dále pokračuje výčet výsledků již hotových vyšetření, a pak následuje subjektivní a objektivní nález, nakonec závěr – to je nejčastěji diagnóza, k jaké jsme při vyšetření dospěli, nejlépe latinsky. (Pokud pacient přijde pro závratě a my do závěru napíšeme, že má Vertigo nejasné etiologie, zní to docela dobře, ne?) Pak ještě následuje doporučení, totiž navrhneme, co by měl užívat za léky, která další vyšetření by měl podstoupit, eventuálně kdy má přijít na kontrolu.

Povím vám malý příběh z malého života. Takovou kazuistiku.

Zrovna nedávno byl velice všední pracovní den.

Přijímám na naše lůžkové oddělení 65letou pacientku k plánované hospitalizaci, jejímž cílem je provedení lumbální punkce a vyšetření mozkomíšního moku.

Paní už u nás ležela v lednu 2009 pro parézu lícního nervu vpravo, poměrně

náhle vzniklou, a dále pro občasnou bolest hlavy, které dříve nemívala. Laboratorní nález, CT mozku, EEG vyšetření – vše s normálním nálezem, a protože všechna vyšetření byla negativní, podstoupila lumbální punkci a vyšetření mozkomíšního moku, jehož nález podporoval diagnosu lymfsc boreliózy. Tak byla paní přelčena antibiotikem ATB podávaným intravenózně za hospitalizace.

Podávali jsme jí vazoaktivní infuze, měla rehabilitaci lícního nervu. A v celkem dobrém stavu odcházela domů, v kapse knížečku cviků na lícní nerv.

Nyní přichází pro pocity nestability při chůzi, pocity tahu do stran, závratě, brnění levé poloviny obličeje, levé dolní končetiny, občasná palpitace a svírání na hrudi. Trvá to asi měsíc. Byla vyšetřena internistou, hospitalizována na interním oddělení, kde byla vyloučena kardiogenní příčina obtíž. Paní přichází opět k nám na neurologii, je úzkostná, depresivní. Dožaduje se opakovaně vyšetření na centrálním příjmu.

Rozjíždí se znovu kolotoč vyšetřování, opět CT mozku, laboratoř, RTG krční páteře, pro závrativé stavy i ORL vyšetření. Vše negativní.

Tak tedy zkusíme znovu vyšetření mozkomíšního moku, jestli se tam přeci jen nějaká ta borrelie neobjeví!

Takže ji přijímám a čtu dokumentaci z minulé hospitalizace.

Rodinná anamnéza: bezvýznamná, rodiče se s ničím závažným nelčili, 1 syn zdrav.

Osobní anamnéza: hypertenze v terapii, diabetes mellitus neg., ischemická choroba srdeční neg., operace: varixy LDK (=levé dolní končetiny) před lety

Zrovna žádná z ostatních pacientek není na pokoji, kde ji vyšetřuji, a tak si chvíli povídáme. Dozvídám se, že jí v listopadu loňského roku zemřel poměrně náhle manžel, se kterým byla skoro 40 let, dva měsíce poté jí zemřela maminka, o kterou se paní léta starala a bydlela s ní v domě.

Dozvídám se, že paní měla dvojče-sestru, že si byly velice blízké. Když bylo sestře 34 let, zemřela při porodu svého druhého dítěte, byla to veliká rána pro celou rodinu, pak se o její děti takhle paní hodně starala. ...“byly jsme skoro jako jedna bytost, strašně moc mi chybí, každý den si na ni vzpomenu,“ to jsou její slova...

A já si tak říkám, jestli by v té kolonce rodinná nebo osobní anamnéza nemělo být něco jiného nežli bezvýznamná.

Že ta bezvýznamná anamnéza tak bezvýznamná zase není.

Třeba bychom my lékaři mohli tuto pacientku vnímat trochu jinak, vidět ji v kontextu její životní situace, představit si ji v toku jejího příběhu, ve kterém za poslední dobu utrpěla dvě velké ztráty, jež znovu otevřely dávnou ztrátu její sestry.

Že ta paní prochází velkými změnami, se kterými se musí těžce vyrovnávat.

Z manželky vdova. Z opatrující dcery se stává paní v důchodu, kterou nikdo nepotřebuje a která je ještě k tomu sama nemocná.

Kdybychom my lékaři měli takzvaný komplexní přístup (nebo bychom mohla použít i termín systemický?) přístup k pacientovi, pak bychom pravděpodobně neopakovali lumbální punkce a cétečka, pak bychom se snad snažili této paní pomoci jiným způsobem.

Jakým?

Třeba si s ní popovídat normálně, lidsky, nechat jí prostor k vyprávění, nechat ji vyplakat, sdílet s ní alespoň na chvíli její trápení, dát jí najevo, že nám není lhostejná, že o ni máme zájem, třeba i na nějakou dobu předepsat antidepresiva, nebo nabídnout krátkodobou psychoterapii, pokud by chtěla.

Jenže u nás se žádné takové rozhovory nedělají, není na ně čas, nejsou v popisu práce, nejsou součástí naší pracovní náplně, a ani nejsou místnosti na to, abychom mohli být s pacientem o samotě! Spolupráce s psychologem není skoro žádná, s psychiatrem jakási je, ale psychiatři jsou zahlceni, mají plné ambulance a nestojí o to povídat si se smutnou paní.

A tak je mi z toho nějak všelijak, protože takových podobných pacientů máme mnoho a posíláme je na všechny cétečka a MRíčka a pícháme je do zad a odebíráme moky a stále vyšetřujeme a léčíme, léčíme pilulkami a infuzními toky a roztoky...

A oni se nám vracejí a moc se nelepší a my je teda znovu vyšetřujeme a léčíme a léčíme a moc to nikam nevede. (Pozor, mluvím opravdu jen o části pacientů, u kterých klasická medicína a její postupy selhávají.)

A je opravdu moc málo těch kolegů trochu jinak smýšlejících, se snahou o komplexnější přístup k pacientovi. A je to škoda.

Bylo by dobré začít zasévat semínka tohoto myšlení a uvažování do hlav a srdcí mediků a za pár let by se určitě našla nějaká úroda „osvícených,“ lékařů, ať už pak by pak dělali jakýkoliv obor.

Kdybychom se my lékaři naučili přistupovat k člověku jako k Člověku,

s jeho jedinečným životním příběhem, prospělo by to nám, jim i celému zdravotnicví.

A tady se s vámi podělím o můj sen... Zavírám oči a vidím svou ordinaci, světlou místnost, pastelově teplobarevně vymalovanou, je tam psací stůl, vyšetřovací lehátko, koberec nebo parkety – ne lino, knihovna, gauč a křesílka, hlavně je tam útulno, vzdušno, příjemno (skoro jako u nás doma, ale trochu jinak).

Nespěch. Nečekání v čekárně. Klidno. Někdy veselo, někdy vážno. Ale nenužno.

Úsměv. Přijetí pacienta, který se ocitá na ostrůvku naděje a bezpečí.

(Možná to bude pacient již vyšetřovaný různými specialisty od hlavy k patě a, jak my říkáme, od Šumavy k Tatrám, všechna vyšetření v pořádku, a přece se stále cítící mizerně, možná někdo s bolestmi zad nebo hlavy, ještě nevím, kdo přijde ☺.)

Vejde a oklepává obavy i nedůvěru. Přichází s trápením, s bolestí, s čímsi, co ho omezuje v normálním běžném životě, s čím chce sám něco dělat.

Má problém.

Ne diagnózu.

Je tu problém. Zajímá mě. Kde je? Jak se jmenuje? Proč tu je? Proč přišel právě nyní? Za jakých okolností? Jaká je jeho podoba? Podstata? Jak tomu rozumím? Co se děje kolem?

A tak člověk přichází, něco očekává, něco prozradí, něco si nechá pro sebe.

A já, jakožto rehabilitační lékařka/rodinná terapeutka, jakožto lidská bytost, ho vyšetřím.

Nejprve očima, vidím, jak přichází, jak vypadá, jak se tváří, jaký má postoj, jaké má držení těla, pak (nejen) ušima poslouchám, co mi říká, jak to říká, jaký má tón a barvu hlasu, co mi tím sděluje, co mi tím nesděluje, pak šetřím rukama a citem v nich, osahám, ohmatávám tu tělesnou schránku, pak se šestým smyslem snažím naladit na jeho vlnu, abychom mohli společně hledat cestu k vyřešení problému, odstranění bolesti a v nastartování samoúzdavných procesů, kterých je každý člověk schopen.

Předpokládám však spolupráci. Zájem pacienta o sebe sama, o nalézání řešení jeho problému, bez jeho spolupráce to nejde. Jsme ve hře tři – já, on a jeho problém. Ne jen já a problém.

Můžu mu nabídnout to, co si myslím, že mu pomůže, ať už je to moje práce rehabilitační nebo práce fyzioterapeuta, rodinná terapie, nebo psychologická, či psychoterapeutická intervence.

Chci spolupracovat v rámci týmu lidí, kteří jsou vzájemně propojeni, i když každý dělá něco trochu jiného.

Myslím, že tento model se daří v Centru komplexní péče v Dobříšovicích.

Vím, že je to taková zidealizovaná představa, je jasné, že zdaleka ne každý pacient bude spolupracovat a chtít se podílet na práci na sobě, a že bude zajímavý, vím, že tato práce bude také rutina, zklamání, mnohdy neúspěch, ale zatím mám do toho odhodlání a chuť, i když cesta bude ještě dlouhá a křivolaká.

Tak uvidíme.

Bára Šťastná, barkastastana@seznam.cz

Do redakce přijato 1. srpna 2009
Zařazeno k tisku 30. dubna 2010



MUDr. Barbora Šťastná: Autorka je lékařka, v současnosti ve 3. ročníku výcviku v rodinné terapii (IRT Praha)

RECENZE

HONZÁK R.: TOUHA PO EXTÁZI

Harvey B. Milkman, Stanley G. Sunderwirth: **Craving for ecstasy and natural highs. A positive approach to mood alteration.** SAGE Publication Inc., Los Angeles, New Delhi, London, Singapore, Washington, DC, 2009, ISBN 978-1-4129-5673-4 (pbk.), 464 stran., paperback, cena 32,35 USD.

Americký novinář, soukromý badatel, a nakonec raději bankéř [Robert Gordon Wasson](#) se v roce 1927 na svatební cestě nechal přesvědčit svou ruskou novomanželkou Valentinou Pavlovnou, že všechny houby jsou jedlé, přežil a stal se zakladatelem oboru, pro nějž vytvořil i název: etnomykologie. Historie nedochovala údaje o počtu výplachu žaludků této dvojice, ale zaznamenala v padesátých letech minulého století jejich cestu do Mexika, odkud přivezli zcela novou posvátnou houbu, z níž švýcarský chemik Albert Hofmann získal halucinogenní látku psilocybin. Wassonovi vyslovili také zajímavou hypotézu o vzniku jógy: obyvatelstvo vytlačené hunskými hordami ze středoasijských úrodných stepí (včetně hojnosti halucinatorních hub) do nehostinné Indie toužilo i nadále po svých Dionýských dnech. Protože však nebylo čím se otrávit, vynalezlo soubor fyziologických postupů k dosažení extatických stavů.

Recenzovaná publikace pokračuje v jejich ideové stopě a do protikladu staví chemické prostředky a některé nepěkné návyky, s jejichž pomocí dosahují uživatelé stavů změněného a prý také rozšířeného vědomí s postupy fyziologickými, údajně stejně účinnými, ale méně riskantními, resp. bez rizik. O

co v zásadě jde experimentátorům s drogou (a posléze závislým na ní) a co nazývají rozšířením vědomí? O dosažení pocitu větší energie nebo dokonalejší relaxace a obohacení imaginace. Staženo na ještě obecnější úroveň to představuje zvýšené nabuzení, nebo naopak slastný pocit nasycení a překročení hranic standardní fantazie. Při těchto stavech sehrávají klíčovou roli dvě molekuly: na jedné straně dopamin, na druhé opioidy. *Nejuvětší rozkoš, jakou nám život může nabídnout, je přiměřený přísun dopaminu do nucleus accumbens*, prohlásil před časem druhý z autorů a tak dopaminu patří v celém textu přednostní místo, přestože endorfiny a enkefaliny jsou sice neméně vlídně charakterizovány jako *klíče k ráji*; autoři však bezprostředně po uvedení tohoto epiteta upozorňují, že ráj se záhy mění v živé peklo. Ostatní mozková a externí chemie, jako C₂H₅OH, kanabinoidy, glutamát, a dokonce dnes tak slavný serotonin, je zmiňována jen marginálně a často pouze ve vztahu k dějům v centru libosti.

Preference dopaminu a jeho cíle má určité historické zakotvení, na které autoři sami upozorňují v dalších komentářích a publikacích. Nadchly je Oldsovy a Milnerovy experimenty (v 50. letech minulého století) prokazující, že

elektrické stimulaci centra odměny v mozku – nucleus accumbens – dávají krysy přednost před jídlem, sexem, nebo dokonce možnosti vyhnouti se elektrickému šoku. Stejný mechanismus spouští abúzus metamfetaminu. Hughesův a Kesterlitzův objev endorfinu pak umožnil pochopení biologické podstaty závislosti.

Již v osmdesátých letech publikovali autoři společnou práci „The chemistry of craving“, v níž dokazují, že závislost na sexu, gambling, vyhledávání rizika, a další analogicky zhoubné způsoby jednání vyvolávají v mozku také analogické procesy a neurochemické změny jako podání stimulancí, opioidů, nebo halucinogenů, že tedy lidé de facto nejsou závislí na drogách, ale na vlastních silami spuštěných („self-induced“) změnách neurotransmise, které jsou výsledkem všech zmíněných typů problémového chování. Východiskem jejich tehdejšího i dnešního přístupu tedy stále je, že nejsou závislosti „chemické“ a „nechemické“, ale že existují jen jakési neblahé cesty, které vedou k závěrečnému sebezničení. Drogy nebo hrací automaty jsou jen podpůrnými faktory, někdy dokonce pouhými rekvizitami v těchto lidských osudech.

Tuto tezi ilustruje v recentním článku Harvey Milkman na celoživotním problému Michaela Jacksona, který je podle něj mnohem komplexnější, než aby se dal redukovat pouze na abúzus drog či efebofilní fixaci; jeho život byl poznamenán především nenasytnou honbou za showmanstvím, kreativitou, novostí a vzrušením, což bylo jak podstatou jeho génia, tak příčinou jeho konce. Tím se pohled obou autorů blíží dynamické teorii her transakční analýzy, která prohlašuje, že správný „alkoholik“ nepotřebuje žádnou kořalku, a může úspěšně přejít v titulní roli do hry na

„suchého alkoholika“ a v ní ve své destruktivní aktivitě pokračovat. Existuje tedy jakási „via mala“ vroubená nejružnějšími svůdnými, leč neřestnými doupaty, hampejzy a špeluňkami a „via buona“, kterou však mnoho tvrdých a notorických hráčů a hráček má ve svém itineráři zapsanou spíše pod názvem „via dolorosa“. Nuž pojďme nejprve chutě vstoupit do některého z oněch hnusných brlohů. Nemusíme je prošmejdít všechny, protože jejich zásadní charakteristiku vystihl již Ježíš termínem „obílené hroby“, v nichž se podle jiného autora zcela nepřehledně stírá rozdíl mezi hektičností a stagnací.

Začneme eskapistickým hledáním umělého klidu, kde mezi nejstaršími a nejrozšířenějšími látkami najdeme alkohol, z jehož účinků se netěší jen lidé, ale vesele také zvířata (jenže ta musí čekat zatraceně dlouho, než jim otevrou hospodu). Stejně jako v dalších kapitolách je oblouk osudů alkoholu a jeho obětí klenut od dějinných příkladů přes nudné pasáže věnované chemii, fyziologii (autoři nijak nebagatelizují, ani nepopírají jeho pozitivní účinky) a patofyziologii, mechanismy vzniku tolerance a závislosti, laické diagnostiky těchto stavů a vedle toho také rámcová schémata a návody, jak tenzi řešit jiným způsobem.

Za odměnu následuje divoká návštěva putyky s barvitým popisem všech stupidních zvyklostí (poučí se zde i český profesionál, například o tom, že hra na zubaře může být drastičtější než posezení v mučicím nástroji zvaném stomatologické křeslo a rozšíří si slovník o termíny nepoužitelné při audienci u královny). Postiženým se toto prostředí může jevit jako společenské a psychotherapeutické centrum přinášející rychlou úlevu; ovšem za enormní cenu. Léčení kocoviny a posléze též balancování na sociální hraně pomáhá

uzavírat bludný kruh, či spíše zaškrucující spirálu. Molekulou, jež se s alkoholem tradičně spolčuje, je nikotin. Kapitola o něm je velice podobná té předchozí, postrádá ale atrahující sociální rozměr správné hospody (vzpomeňme, kde se odehrává polovina naší „nejnárodnější opery“, v níž se mimo jiné inzeruje, že bohatý zdroj silikonu bráníciho osteoporóze nebeský je dar; nikdo tam však nekouří, protože je to od požáru v roce 1881 zakázáno). Nicméně v Milkmanově virtuální hospodě je dovoleno vše a schází se zde pestrá společnost poznamenaná nejrůznější klinickou psychopatologií, od osamělých, vykořeněných či depresivních jedinců až po oběti posttraumatické stresové poruchy. Jeden z pochvalně citovaných šlechtných putykářů dokonce úspěšně vyřešil u svého zákazníka oidipovský komplex a přivínil ho na hrud'

Stránky věnované hledání romantického sexu v bordelu mi přinesly poznatek, že to, čím nás fascinoval profesor Vondráček – *za sexem dokáže muž jít nepředstavitelně dlouho a riskovat pro něj štěstí, charakter, pověst i život* – nebyla jeho tvorba, nýbrž že autorem je Mark Twain. Kompulzivní sexuální puzení vkládají autoři do obecnějšího rámce osamělosti a hledání blízkosti, v tomto případě nesprávným způsobem. Stejně problematická je ale také romantická láska, která v sobě nezřídka skrytě nese vlastnické prvky a žárlivost. Vzhledem k tomu, že jde o fylogeneticky i ontogeneticky nejzákladnější pud (pouze vířníci žijí již 30 milionů let bez sexu, aniž vymřeli, což podle vědců měli dávno udělat), byl bych v hodnocení jeho chorobnosti podstatně zdrženlivější než autoři. Až začneme léčit zamilované, máme šanci – na rozdíl od vířníků – uzavřít kapitolu své existence.

Při studiu publikace mě nutně napadaly různé asociace, které se nejčastěji vázaly

k pravidlům morálky vtloukané mi (marně) do hlavy v ideových temnotách minulého století. Trestně i občansko právní sféra byla ještě regulována Desaterem, profánní život křesťanskými ctnostmi a sedmerem hlavních hříchů. Jejich pojmenování – hlavní – nevychází z jejich významnosti, ale z toho, že se „rodí v hlavě“. Podstatné místo mezi nimi zaujímá nestřídmost nesoucí za mého dětství drsný, ale výstižný název: obžerství. A tak se zákonitě vynoří legitimní otázka, jaká je prevalence bulimie v Etiopii, a po ní další, zda zvykaní římsí boháči bližící ve vomitoriu uvažovali o tom, že by měli zavolat lékaře. My ho na to máme! A v knize jsou problematice věnovány příslušné stránky; pravda, není jich zase přespříliš.

Adrenalinové sporty nepředstavují žádné novum naší doby, jenom dřevce, rapíry a pistole byly nahrazeny modernějšími prostředky, a že „není ruma – není šturma“ věděli už berserkové, odění jen do zíněného roucha napuštěného výtažky z bylin. Ani hazardní hraní není nic objeveného, pokud pamatuji, již římsí žoldnéři metalí los o Kristovo roucho a Karel IV. marně proti vrhcábům vydával Majestas Carolina. Z dětství znám reálné a tragické příběhy o statečích prohraných v kartách a Mauglí v mém překladu Knihy džunglí vyprávěl, jak ho baví „tahat smrt za fousy“. Autoři představili encyklopedii těchto aktivit zmodernizovaných pomocí všech figlů soudobé techniky. Do scénérie pak neoddělitelně patří všechna chemie „urychlující“ to, co zbylo z mozku jejich uživatelům v hlavě. Kudy? No přece přes nc. accumbens. Životní příběhy se zde střídají se screeningovými metodami, teorie psychologické s patofyziologickým výkladem v celkově dobře čtivém a dobře uspořádaném přehledu.

Jestliže se lidé od časů osvícenství až po dobu postmoderní pokoušejí zabít Boha, nepodařilo se jim zapudit naléhavou touhu po něm a po jeho hledání. Wittgensteinův Tractatus končí slovy: „Cítíme, že i kdyby byly zodpovězeny všechny *možné* vědecké otázky, nebyly by naše životní problémy vůbec dotčeny. Existuje nevyslovitelné a to se *ukazuje* jako mystické.“ Tato potřeba – zasadit klenák do klenby vyšších potřeb tvořené obloukem vědy a obloukem umění – vede k hledání mystických zážitků ztraceného ráje mnoha cestami, od meditace a relaxace, sexu, přes nejrůznějším způsobem propracované rituální postupy zasvěcenců, drogy narušující integritu lidského ego, až po šílené pokusy s řízenou strangulací, kterou se ale někdy ukormidlovat nepodaří. Zde se dostáváme zpět k manželům Wassonovým a podle mého mínění i k samotnému jádru publikace. Dosažení hinduistického samádhí je lákavé, zejména pro ty, kteří se mu již jednou přiblížili.

Oč méně transcendentálních zážitků dnešnímu člověku poskytuje současná kultura, o to větší žízeň je po alternativních pramenech, z nichž ty nejdostupnější také vedou nejrychleji do pekla. Někdy dokonce pod „vědeckým“ pozhárním. Jan Evangelista Purkyně málem nepřežil jeden ze svých experimentů s kafrem. Zatímco při sakrálním užití zasvěcenci pokorně rozmlouvali s duchy a bohy, my se narcisticky zbožšťujeme sami a to je teprve zážitek! Ukázkovou pitominu vymyslel v šedesátých letech americký psychiatr Pankhee, který vyšel z předpokladu, že opilci hledají mystický zážitek v pivu, vínu a kořalce, ale až je budou mít koncentrovaně podstrčený v LSD, nasytí se a více již nebudou chlastat. Výsledek byl předvídatelný. Stejně je předvídatelný u adeptů, kteří

na cestě za poznáním hrdě odmítnou moudrého gurua a volí „strmou stezku“, končící téměř stoprocentně duchovní smrtí.

Když alkoholik zjistí, že jeho pití ruine rodinu, zdraví, lidské vztahy, pracovní výkon a všechno hezké v životě, je to náhled? Nikoli, je to důvod k napití! Toho jsou si autoři vědomi, stejně jako faktu, že sotva čtvrtina rozhodnutých skončit vytrvá na své cestě a na podporu citují klasika, který říká, že závislost je „kolotoč jménem *popření*.“ Zdá se mi redundantní nahrazovat tento název pro psychologický obranný mechanismus termínem „obrana“ a ve shodě s trendem rozměňující korektnosti zaměňovat jasné pojmy (absence vůle ke změně) uhlazenými formulacemi (bio-psycho-socio-spirituální problém), aby se snad někdo neurazil. Kapitola věnovaná obratu a nastoupení nové cesty je hutná, propracovaná, přehledná a podle mého soudu shrnuje to nejpodstatnější pro praxi: co lze nabídnout závislému, když Oldsovy myši neodradil od jejich sebezničujícího počínání ani elektrošok. Na udržení remise se podílejí minimálně tři faktory: osobnost jedince a jeho zájem na změně, význam a přínos nového způsobu jednání ve spolupráci s blízkým okolím a doba, po kterou vydrží abstinovat – čím je delší, tím příznivější je výsledek.

Autoři nezmiňují explicitně aktivity démona zvrácenosti (imp of perversity) zakódované v naší neuronální síti, ale předestírají je v mnoha příkladech (já vím, že to není dobré, ale...). Celý problém má také svou filosofickou dimenzi – otázku osobní svobody. Jak píše německý filosof Friedhelm Moser: „V okamžiku, kdy svou závislost diagnostikují jako takovou, je moje svoboda obnovena. Mohu říci ano nebo ne. Mohu si zvolit svobodu nebo závislost.“ V procesu obratu není místo

na výmluvu, že dotyčný má svou závislost pod kontrolou.

Cesta k dosažení plnějších a bohatších stavů a prožitků přirozeným způsobem je pochopitelně delší a komplikovanější než jedno šňupnutí kokainu. Systém, který autoři nabízejí, je velice podobný postupům propracovaným už pradávno Jaroslavem Skálou. V psychické oblasti staví především na kognitivně behaviorálních východiscích, dále na meditacích a psychofyzilogických technikách, v tělesné sféře pak všechna doporučení vyznívají ve shodě s moderními poznatky zdravé výživy a pohybu.

Kognitivní schéma se neliší od běžně používaných psychoterapií s objasněním a rozrušením automatických myšlenek, atakování zaujetí patologickou symptomatologií a zkresleným pohledem na problematiku a jejich nahrazením kvalitním hodnotovým systémem s realistickým zhodnocením vlastní osoby i okolního světa a racionálním očekáváním. Z těchto kořenů vyrůstají jak vzorce pravidel, tak nuance flexibilních postojů, jež vedou k dobrým rozhodnutím. Bandurovo sociální učení vystihl pregnantně již před jeho pojmenováním Winston Churchill větou: „Nejlepším způsobem, jak získat jakoukoliv vlastnost, je předpokládat, že už ji máte a podle toho se i chovat.“ Je uvedeno ještě několik způsobů, jak postupovat při zavádění a upevňování jednotlivých kroků programu od restrukturalizace denního programu po přestavění celého životního plánu.

Bylo by nošením sov do Athén, kdybychom seznamovali odbornou veřejnost s postupy a výhodami meditace, jógy, relaxace a kombinovaných protistresových postupů, užitečnosti tělesného pohybu, kreativních aktivit a dalších způsobů jak

zvládat náročné situace fyziologickou cestou. Jsou nepochybně všechny dobré, jen mi vyvolávají kacířskou asociaci. Nový pastor vyvěsil v kostele ceduli ohlašující, že plivat na zem v kostele je stejný hřích jako cizoložství a druhý den tam našel poznámku: zkusil jsem obojí, srovnati nelze.

Úzdravný a rehabilitační program je připraven buď pro jedince silně motivované, nebo jako projekt primární prevence. Jednoznačně nekompromisní postoj autorů lze vyjádřit heslem HOP NEBO TROP! Ani náznak jiného přístupu než aktivace nucleus accumbens cestou popsanych aktivit, dokonce chorobnou depresi doporučují zvládnout bez medikace. Není tedy divu, že pojmy jako „substituce“ nebo „harm-reduction“ nenajdeme v textu ani jednou, natož aby těmto konceptům byl vyčleněn byť minimální prostor. Místy jejich optimismus vypadá až přehnaný; vyzníval by věrohodněji, kdyby v podrobném přehledu účinků psychotropních látek a symptomů při předávkování byly také uvedeny stejně plasticky příznaky odvykání. Jejich zvládnutí tak plně zůstává na adeptech zdravé cesty.

Možná je to součástí metody, že ten, kdo si prošel očistcem abstinčního syndromu, bude svou zkušenost vnímat jako varovný signál, kdyby se mu zachtělo sejít ze zvolené cesty. Stále totiž nikdo nezodpověděl otázku, zda je lepší snažit se postiženému (já se stále v tomto případě vyhýbám slovu „nemocnému“) ulehčit při obtížích, nebo ho nechat celým stavem projít a přerodit se. Autoři jednoznačně sázejí na druhou variantu. Ostatně v Apolinářské je také Kotulánova síň (kdo neví, proč se tak jmenuje, ať si to vypátrá; ptají se na to při zkouškách).

Po formální a pedagogické stránce je kniha vzorová. Obsahuje především desítky lidských příběhů (některé sice dobře vymyšlené), které zaujmou čtenáře a lemují teoretický text. Řada použitelných diagnostických a screeningových metod je výzvou k rozšíření inventáře odborníkům, je však dostupná i laikům. Obrázky sice na můj vkus zbytečně často glorifikují *nc. accumbens* téměř do stadia kultu osobnosti, ale ty zbývající jsou instruktivní a výstižné. Odkazy ke klasikům a jejich citátům jsou trefné. Je vidět, že publikace byla vytvořena s láskou a péčí. Zbývá otázka, jak se jí povede v životě. Ocitá se totiž v prostředí, které jí není příznivě nakloněno, ve společenství, které zatím stále preferuje rozkoš za každou cenu. Nemine týden, abychom se z tisku nedozvěděli, jaká světová díla vznikla pod vlivem konopí či LSD a jak by lidstvo bylo ochuzeno, kdyby to byl Mistr tenkrát nepožil. Čekám, kdy nadšení mladí etnomykologové zjistí, že Beethoven pěstoval ve sklepě lysohlávky,

Mozart že snídal muchomůrky a Goethe při psaní Fausta popíjel odvar z námele protažený dvěma kyselinami.

Na margo publikace autoři napsali: „Předložili jsme dva způsoby, jak dosahovat pocitu slasti a zveme čtenáře, aby oba posoudili. Ale debata by měla pokračovat dál: je etické a medicínsky správné použití chemických přípravků na to, aby se zvýšila pohoda a zlepšil výkon normálních zdravých lidí? Má dosahování štěstí a pocitu uspokojení dále uvolnit nabídku a přístup k psychotropním látkám? Jaké jsou přínosy stále vzrůstající spotřeby marihuany a kde je odpovědnost za tento stav?“ Je naprosto zřejmé jak se vysloví hedonistická společnost, otázkou je, jak se k tomu postaví sami adiktologové, kteří si s chutí občas jointa dají.

Praha – 14. 2. 2010 MUDr. Radkin Honzák, CSc.

HAŠTO J.: DARWINOV KÓD (A SAMOVRAŽEDNÍ ATENTÁTNICI). EVOLÚCIA VYSVETĽUJE NÁŠ ŽIVOT. (RECENZE KNIHY JUNKER T., PAUL S.)

Kniha: Thomas Junker, Sabine Paul: Der Darwin Code. Die Evolution erklärt unser Leben. Verlag C. H. Beck, München, 2009, 224 strán.

Koncom roka 2009 vyšla vo vydavateľstve C. H. Beck v Mníchove pozoruhodná kniha „Darwinov kód. Evolúcia vysvetľuje náš život“. Prvý autor je Thomas Junker, ktorý prednáša dejiny biologických vied na Univerzite

v Tübingene a Göttingene. V roku 2008 mu vyšla kniha o evolúcii človeka, ktorej slovenské vydanie sa pripravuje vo Vydavateľstve F (2010). Sabine Paul je molekulárna a evolučná bioloģička, pracuje a publikuje hlavne v oblasti

výskumu. Na prebale majú autori spoločnú fotku, hlavami sa takmer dotýkajú a vyzerajú veľmi šťastne.

Kniha je písaná ako „populárno-vedecká“ v tom najlepšom slova zmysle. Autori mali zrejme na mysli ako čitateľov hlavne vzdelaných a náročných laikov. Štýl je svieži, ale neznižuje to solídnosť v argumentácii a upozorňovanie na pôvodné zdroje informácií.

Kniha je rozčlenená do troch častí. Prirodzenosť človeka verzus cudzí svet, Tajná zbraň umenia a Evolučné stratégie. Každá z týchto častí obsahuje mimoriadne zaujímavé kapitoly, týkajúce sa napr. výživy, preferencie potravín, sexuálneho správania, samovražedných atentátov, tajomstva úspechov moderných ľudí, vzťahu medzi poznaním a mocou, biológie umenia, náboženstva, zmyslu života.

Všetky kapitoly sú vzrušujúcim čítaním, ktoré čitateľa odmeňuje pochopením nových súvislostí, objavených v evolučnej biológii a psychológii.

Zvlášť ma zaujala kapitola nazvaná „*Hrdinovia a teroristi*“, ktorá pojednáva hlavne o fenoméne *samovražedných atentátov*, takže som z nej urobil stručný konspekt pre záujemcov z radov čitateľov nášho časopisu. Evolučné aspekty tohto fenoménu sa dali tušiť a tu sa autori nimi cielene zaoberajú.

Na úvod kapitoly uvádzajú mikrokazuistiku pilota prvého uneseného lietadla, ktoré narazilo do Svetového obchodného centra v New Yorku 11. septembra 2001.

Bol najmladším synom v blahobytné žijúcej rodine v zámožnejšej štvrti v Káhire. Otec je advokát. Dve staršie sestry študujú botaniku a medicínu. Aj on sa snažil o akademickú kariéru. Po

úspešnom štúdiu architektúry pracuje najprv niekoľko rokov v oblasti mestského plánovania. Chce si zlepšiť svoje postavenie v profesii a rozhoduje sa pre pobyt v zahraničí. V rokoch 1993–1999 študuje na Technickej univerzite v Hamburgu mestské plánovanie. Nemeckí docenti a známi ho neskôr opisujú ako zdržanlivého, zodpovedného a ctižiadostivého. Žiadne indície pre abúzus drog, kriminalitu alebo duševné poruchy. V oficiálnom dokumente vlády Spojených štátov je charakterizovaný ako „veľmi inteligentný, charizmatický, presvedčivý, ale málo tolerantný voči odlišným presvedčeniam“. Pochvalné sú i zmienky o kvalitnom ovládaní nemčiny. V diplomovej práci sa zaoberal problémami, ktoré v dôsledku modernizácie vznikli v starom sýrskom meste Aleppo. Za túto prácu dostal známku 1,7 a pri ústnych skúškach dostal čistú jednotku! O niečo neskôr sa s rovnakým zápalom a zmyslom pre povinnosť zameral na nový projekt: zavraždenie pokiaľ možno čo najväčšieho počtu nepripravených a nič netušiacich civilov.

Možno by sme očakávali pôvod z chudobných pomerov, rozvrátené rodinné pomery, týranie alebo psychickú poruchu so suicidálnymi a vražednými tendenciami. Nič z toho!

Od polovice 80. rokov, ako narastal počet samovražedných atentátov vo svete, sa podarilo zozbierať biografické dáta o stovkách týchto jedincov. Výsledok štatistických analýz: normalita atentátnikov nie je výnimkou, ale naopak, je to typický nález!

Nanajvýš sa vyskytoval problém primerane k svojmu lepšiemu vzdelaniu nájsť si sociálne rešpektované a adekvátne zaplatené miesto. Len sčasti sa dá hovoriť o náboženskom fanatizme.

Autori vymenúvajú niekoľko ďalších *charakteristík samovražedných atentátnikov a životných kontextov*, o ktoré sa možno oprieť pri pokuse o evolučný výklad ich zarážajúceho správania.

1. Samovražedný atentát je obvykle časťou určitej série atentátov *strategicky naplánovaných určitou organizáciou*, ktorá sleduje určitý politický cieľ.
2. Aj keď samovražedné atentáty medzi rokmi 1980–2003 tvorili len 3 % zo všetkých teroristických útokov, mali za následok smrť až 73 %, prípadne 48 % obetí, podľa toho, či započítavame aj 11. september 2001. Vykonáva ich vždy slabšia strana konfliktu a extrémne osobné nasadenie (samovražda) má zrejme kompenzovať nedostatočnú dostupnosť moderných zbraní.
3. Spravidla ide o národno-oslobodzovací boj proti vojenskej okupácii alebo proti vlastnej vláde, ak je v obyvateľstve dojem, že slúži cudzím záujmom.
4. Väčšinou ide o dobrovoľníkov, ktorí chápu seba ako bojovníkov za spravodlivú vec a ako *martýrov*. Sú hrdí na svoj čin a starajú sa o to, aby sa ich posolstvo šírilo internetom, prípadne pomocou videozáznamu. Organizácie, pre ktoré „pracujú“, ich berú ako hrdinov, ktorí sa *obetujú za svoju*

zem (niekedy sa po nich pomenúvajú ulice a zostanú po nich špeciálne sviatočné dni).

5. Samovražední atentátnici sú väčšinou slobodní muži medzi 20–30 rokmi.
6. Na rozdiel od „klasickej“ samovraždy, samovražední atentátnici nepovažujú svoj čin za útek, ale za povinnosť, za potrebný prostriedok v boji za nadradený cieľ. Nejedná sa teda o „egoistickú“ samovraždu, ale o „altruistickú“ *v službách spoločnej veci* v daných kultúrach a náboženstvách. Z hľadiska individua ide o „extrémnu formu obetovania sa *za vlastnú skupinu*, spojenú s maximálnou agresiou voči cudzím“.

Asi najstarší tradovaný samovražedný atentát je spred 3000 rokov z oblasti Gaza. Izraeliti dlhodobo bojovali s Filištíncami. Oslepený Samson, keď mu dorástli vlasy a tým aj sila, zvalil dva stredné stĺpy paláca na seba a Filištíncov: Chcem zomrieť s Filištíncami! Junker a Paul v súvislosti so sebaobetovaním spomínajú aj rozhodnutie sa pre smrť u Ježiša. Citujú Tertuliana, „Krv martýrov je semeno cirkvi“ a Jána Pavla II., že vlastným a najhlbším zmyslom života ľudí je napodobniť zakladateľa náboženstva a odovzdať život bratom.

AKÁ JE EVOLUČNÁ LOGIKA SAMOVRAŽEDNÝCH ATENTÁTOV?

Ide o rozšírenie svojich génov. Reprodukčný úspech závisí nielen od početnosti priameho potomstva, ale aj od reprodukcie príbuzných! (Priame a nepriame rozmnožovanie!)

Junker a Paul citujú objav E. a M. Maschwitz zo 70. rokov, ako istý druh

mravcov v dažďovom pralese v Malajzii pácha samovraždu pri bránení kolónie. Tieto mravce majú dve obrovské žľazy naplnené jedovatým sekretom. Keď sú napadnuté cudzími mravcami alebo inými útočníkmi, kontrahujú svoje brušné svalstvo tak prudko, že sa roztrhne – exploduje ich telo a uvoľní sa

toxický sekret. Robotnice sú „svojou anatómiou a správaním programované ako živé bomby na obranu pred nepriateľmi“.

Ich obetovanie života sa dá chápať ako extrémny prípad altruizmu, ktorý slúži zachovaniu geneticky príbuzného spoločenstva.

NEPRIAME ROZMNOŽOVANIE U ĽUDÍ?

Mohlo by pri samovražedných atentátoch u ľudí ísť tiež o núdzovú stratégiu, ktorá by sa uplatňovala, keď nie sú šance mať vlastné potomstvo?

Pre túto tézu svedčia podľa Junkera a Paulovej dve pozorovania.

1. U samovražedných atentátničiek-žien je väčší podiel viac ako 24 ročných (zatiaľ, čo u mužov až 60 % je vo veku 19–24 rokov). Jedno z možných vysvetlení je, že ich šance na vydaj sú v tradičných spoločenstvách už nižšie a znižujú sa ešte, ak boli obeťami znásilnenia.
2. V arabských krajinách s kultúrnou tradíciou polygamie môže byť pre mladých mužov nedostatok voľných žien.

Existujú ale (podľa Junker a Paul) ešte jednoznačnejšie indície pre to, že nepriame rozmnožovanie je biologickou voľbou aj u ľudí. Uvádzajú pritom homosexualitu a menopauzu. Homosexuálny jedinec prispieva k lepšiemu životu detí svojich príbuzných, takže sa ďalej šíria aj jeho gény a tým aj dispozícia k homosexualite. –Fenomén menopauzy má zrejme selekčnú výhodu, žena sa „zrieka“ možnosti mať ďalšie vlastné deti a sústreďuje svoje snahy na vnúčatá a iných príbuzných. Tehotenstvo vo vyššom veku by bolo pre ňu zdravotným rizikom. Pre mužov plodenie nie je zdravotným rizikom. To by vysvetľovalo, prečo sa u mužov nevyvinula menopauza.

FALOŠNÁ RODINA

Stratégia nepriameho rozmnožovania spočíva teda v tom, že individuum podporuje v rozmnožovaní svojich príbuzných. Samovražední atentátnici sa ale podľa vlastného poňatia obetujú za väčšie spoločenstvá, za národ, náboženské alebo politické organizácie alebo za celé ľudstvo. Zdá sa, že evolučné vysvetlenie je tu v koncoch.

Podľa Junkera a Paulovej je potrebné ale ujasniť ešte dve otázky. Do akej miery profitujú rodiny atentátnikov z ich

smrti? Ukazuje sa, že zo strany organizácií sa im dostáva podpora a robia sa pre nich zbierky. Zvyšuje sa ich sociálny status. Druhá otázka sa týka rozpoznávania príbuzných. Zdá sa, že individuum inštinktívne považuje druhých za genetické príbuzenstvo, keď sú tu nasledovné znaky: priestorová blízkosť a osobná dôverná známosť, zvlášť počas detstva a mladosti; podobnosť; rodinu pripomínajúce skupinové štruktúry; rôzne znaky, ktoré

symbolizujú príbuznosť. Takéto podmienky vznikajú pri spoločnom bývaní, uniformách, hierarchickej štruktúre. Potom v príslušných organizáciách, spoločenstvách bežne dochádza k oslovovaniu „brat“, „sestra“, „otec“, „matka“, „veľký brat“.

Kombinuje sa tu manipulácia a sebaklam. Manipulovateľnosť vzniku

pocitu rodinnej príslušnosti, príbuzenstva, pravdepodobne súvisí s tým, že až do obdobia pred cca 10 000 rokmi žili všetci ľudia s príbuznými v prehľadných skupinách lovcov a zberačov. Až pri „neolitickej revolúcii“ začínajú vznikať väčšie jednotky ako mestá a štáty, v ktorých žijú ľudia spolu aj s druhými, nie príbuznými.

RAJ – OKAMŽITE, AKO ODMENA

Martýri idú podľa Koránu do raja, a to hneď bezprostredne po smrti. Sľubujú sa im nádherné záhrady, vankúše zdobené zlatom a drahokamami, večná mladosť, všade tečie víno, hlava po ňom nebolí, ani nie je zastretá, je tam dostatok ovocia, mäsa z hydiny, „dievčatá s veľkými čiernymi očami ako perlami, ktoré sú ešte skryté v mušliach“. Toto všetko martýr dostane ako odmenu za svoj čin!

Je tu teda v hre *princíp odmeny*, i keď fiktívnej, ale *fantazijne* skutočne lákavej. V tejto súvislosti upozorňujú autori (Junker a Paul) na psychologické výskumy, ktoré svedčia pre to, že ako muži tak aj ženy uprednostňujú za sexuálnych partnerov alebo priateľov osoby, ktoré sú pripravené podstúpiť väčšie riziko. Zvlášť odvaha a *ochota riskovať* pre dobro druhých, tj. v spojení so sociálnym cieľom, sú v tomto smere

pôsobivé. Ale status v skupine rovesníkov sa zvyšuje aj bez sociálneho zamerania činov. Týka sa to rôznych závodov, napr. na motorkách, pri horolezeckých výkonoch. Pre potenciálne partnerky je to signál kvality a vedie zrejme k väčšiemu reprodukčnému úspechu. V etológii sú známe rôzne formy sexuálneho prezentovania, signalizovania. Patrí sem aj „hendikepový princíp“, ktorý popísal Amotz Zahavi na základe Darwinovej teórie sexuálnej selekcie. Spomeňme na páví chvost. Niektoré sexuálne signály ohrozujú tých, ktorí sa nimi prezentujú; evolučne vznikli aby dokazovali kvalitu. Ukazujú, aké riziko napr. vták dokáže podstúpiť a napriek tomu prežije. U samovražedných atentátnikov je *prežitie imaginované – v nebi plnom šťastia, vo forme slávy a vďačnosti v spoločenstve*.

MEDZI EGOIZMOM A ALTRUIZMOM

V človeku teda môžeme predpokladať dve biologické dispozície k správaniu, ktoré sú aktualizovateľné aj dnes, aj keď pôvodne boli evolučne zmysluplné pri spôsobe života lovcov a zberačov. *Prvú tendenciu* opisuje teória príbuzenskej selekcie, ktorá robí zrozumiteľným

altruizmus voči príbuzným. *Druhá tendencia* sa týka podstupovania vysokého individuálneho rizika, ktoré sa môže vyplatiť. V podmienkach civilizácie sa tieto tendencie môžu dostať na scestie. Totiž rozpoznávanie príbuzných má svoje slabiny a pocit *rodiny*,

príbuzenstva, môžu organizácie manipulovať. Rovnako aj tendencia k odvážnemu a riskantnému správaniu sa môže zosilniť presunutím *odmeny* do

sveta *fantázie* (raj!), čo je uľahčené tým, že človek má problém si predstaviť vlastnú smrť.

ZÁVER

Autorom neunikol ani *historický aspekt* problematiky samovražedných atentátov. To, že sa v západnej kultúre už takmer nevyskytujú, vysvetľujú dôkladným procesom sebareflexie, ktorým prešla židovsko-kresťanská

kultúra Západu. Islam tento proces ešte len čaká. (Nádejné je, že tam je už mnoho vplyvných umiernených náboženských učencov, ktorí takéto násilie ospravedlňované islamskou vierou rezolútne odmietajú.)

EŠTE POZNÁMKA RECENZENTA

Výklad samovražedných atentátov z hľadiska evolučnej teórie sa mi zdá veľmi originálny a veľmi podnetný. Dobre vysvetľuje zarážajúci fenomén, že samotní atentátnici sú pravdepodobne normálne osoby bez hrubšej psychiatrickej patológie. Veď nakoniec aj vykonávatelia holokaustu alebo prevádzkovatelia Gulagu boli väčšinou normálni ľudia lojálni voči vodcom. Schopnosť páchať krutosti z poslušnosti voči autorite experimentálne potvrdili aj Milgram a Zimbardo svojimi slávnymi experimentmi, ktoré veľa vysvetľujú. V tieni, mimo reflektora pozornosti, však autori ponechali pravdepodobnú patológiu *vodcov*, ktorí riadia a režírujú takéto ohavnosti. Podľa viacerých psychodynamických autorov môžeme u nich očakávať problematiku „malígneho narcizmu“, zjednodušene povedané, agresia im zvyšuje ich v hĺbke podlomené sebavedomie. Ide pritom o extrapoláciu z patobiografických štúdií niektorých masových politických vrahov.

Významný humánný etológ, žiak Konrada Lorenza, Eibl-Eibesfeldt odporúča ako riešenie v našom svete, ktorý sa stáva akousi globálnou dedinou, pestovať *externú autoritu listiny základných ľudských práv a slobôd!* V sporných situáciách by sa o ňu mohol každý človek oprieť, zvlášť keď by bol vystavený tlaku k poslušnosti voči deštruktívnej autorite.

Evolučná interpretačná schéma zarážajúceho deštruktívneho správania vo forme samovražedných atentátov je zrejme dobre aplikovateľná aj pre „jemnejšie“ formy násillia. Napr. keď lekár lojálne pristúpi na vypracovanie falošného posudku poškodzujúceho človeka inej národnosti, pretože je to v línii postoja mocenských autorít, aj keď hrubo popiera a deformuje realitu.

Archetypovo zakódovaná dôvera voči autorite lekára by nás tiež nemala zaslepovať. Robert J. Lifton, newyorský profesor psychiatrie, ktorý analyzoval zločiny lekárov za nacizmu v Nemecku, ukázal, že my lekári, a platí to aj pre

psychiatrov (!), vôbec nie sme imúnni voči riziku lojálneho, poslušného napĺňania zločineckých očakávaní mocenských autorít.

Existencia „pozitívnych deviantov“ prakticky vo všetkých väčších sociálnych skupinách schopných dôslednej empatie s potenciálnymi obeťami a disponujúcich

primeranou občianskou gurážou je ale tiež časťou sociálnej reality.

Recenzia, konspekt, komentár: MUDr. Jozef Hašto, Trenčín

Přijato do redakce: 20. ledna 2010
Zařazeno k tisku 30. dubna 2010



POLITIKA, KONCEPCE



POMŮŽE ÚNAVOVÝ SYNDROM PSYCHOSOMATICE?

Paradoxně se může stát, že pacienti s velmi silnou únavou, kterým je těžké pomoci, pomohou naopak nám. Obrátily se na nás paní referentky MUDr. Helena Sajdlová, MUDr. Markéta Brabcová z Ministerstva zdravotnictví s tím, že pracují na metodickém návodu k postupu u osob trpících chronickým únavovým stavem, a zda bychom se jako psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS k materiálu nevyjádřili a případně nepřidali nějaký návrh, jak po všech vyšetřeních takových pacientů s nimi dále pracovat. Měli by také zájem, aby k metodickému návodu mohli přidat také seznam pracovišť, která by se případně těchto pacientů ujala. Při jednáních jsme se nijak netajili tím, že také pro psychosomatické pracoviště představují tito pacienti značný oříšek,

ale považujeme je za indikované ke komplexní psychosomatické péči nejlépe na pracovišti s týmem, který je pokud možno pokrývá celé spektrum biopsychosociálních aspektů tohoto způsobu stonání. Samo o sobě nemůže ani to nejlépe personálně vybavené pracoviště zajistit uzdravení těchto pacientů, pokud se sami nezačnou ke svému onemocnění stavět jinak než dosud. Většinou bojují za uznání své nemoci, cítí se podvedeni, když jsou somatické nálezy minimální a léčba nevede k úlevě. Bojovné nastavení zaměřené výhradně somatickým směrem není účinné. Změnu přináší až komplexnější pohled na celou pacientovu situaci, ovšem teprve tehdy, když sám takový pohled může přijmout. Navíc psychosociální situace těchto

chronických pacientů může být tak komplikovaná, že ani komplexní terapie ji nemusí umět rozmotat. Rozhodně se to ale neobjede bez aktivní spolupráce pacienta a velmi často také jeho rodiny.

K této problematice se na náš podnět přihlásila řada pracovišť, ale pokud se

k vám informace nedonesla, jistě se můžete ještě do seznamu přihlásit. Navíc jednání s kolegyněmi na MZd.vedlo k návrhu, abychom vypracovali metodický pokyn k zřizování psychosomaticky orientovaných pracovišť. Na něm jsme začali pracovat, a co nejdříve ho dáme k dispozici k širší diskusi.

Seznam pracovišť, která jsou ochotná ošetřovat pacienty s únavovou problematikou:

- Psychosomatická klinika **Praha**, Patočkova 3, Praha 6, www.psychosomatika.cz
- Roseta s.r.o., Centrum ucelené rehabilitace, Točítá 40/1752, 140 00 **Praha 4 – Krč**, www.roseta.cz, e-mail: rosetarhb@seznam.cz, tel.: +420 241 441 685, +420 773 590 950
- Poliklinika Prosek, Lovosická 40/440, **Praha 9**, Oddělení léčebné rehabilitace a léčby bolesti. Primář MUDr. Marek Paneš; součástí pracoviště je kabinet pro psychoterapii a psychosomatiku (MUDr. Jan Kredba)
- MUDr. G. Krejčová a tým, Areál ÚVN Střešovice, pavilon B2, 1. patro, U vojenské nemocnice 1200, 162 00 **Praha 6**, Telefon 973 20 82 82, 777169 278
- MUDr. J. Hnízdil a tým, Centrum komplexní péče Dobříchovice, Na Vyhlídce 582, 25229 **Dobříchovice**, www.ckp-dobrichovice.euweb.cz, e-mail: ckpdobrichovice@seznam.cz, tel.: +420 257 713 076, +420 723 603 677, +420 723 603 600
- Nemocnice Ostrov, Psychoterapeutické a psychosomatické oddělení, U nemocnice 1161, **Ostrov nad Ohří**, 363 01. Tel.: 353612500 linka 110, Prim. MUDr. M. Konečný
- Tým Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Jáchymovská 385, **Liberec 10**, www.sktlib.cz, tel.:+420 485151398
- MUDr. Iva Vindušková a tým, ISIDA - psychosomatická ambulance a denní stacionář, ČSA 1566, 470 01 **Česká Lípa**, tel: 487 522 676, 725 881 486.
- MUDr. R. A. Machander a tým, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, **Jablonec n. Nisou** (a.machander@volny.cz)
- Psychologická ambulance Mgr. Lucie Hornová a tým, Nemocnice, Jiráskova 506, **Rychnov nad Kněžnou**, tel. 494 502 383
- MUDr. Michal Ivanovský, internista s atestací 2. st., Psychosomatická ambulance, Poliklinika U plovárny 14, 40501 **Děčín**, tel. 412502173
- MUDr. Jiří Berka, **Brno**, berka@mediahelp.cz
- MUDr. Eduard Rys, Soukromá psychoterapeutická praxe, Kořenského 1038/11, 15000 **Praha 5**, eduard.rys@volny.cz; www.psychoterapierys.cz; 774 375 248
- MUDr. Felix Irmiš, Psychiatrie a Psychosomatika, Ostrovského 253/3 (ženské domovy) tel. 251 561 680, ev. ut a pa 257 003 428

- PhDr. Dagmar Konečná, Psychologická ordinace, Karafiátova 6, **Olomouc** 77900 dagmar.konecna@atlas.cz a Psychologická ordinace Žižkova 14, **Zábřeh** 78 901, www.dakord.cz
- MUDr. L. Hadaš, Středisko komplexní terapie, Kavčí plácek 3, **Hradec Králové**

Další zájemci o zařazení do tohoto seznamu, který bude uveřejněn spolu s metodickým opatřením MZd, se mohou hlásit na adresu paní MUDr. Brabcové: Odbor zdravotních služeb, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2, tel. +420 224 972 154, e-mail: marketa.brabcova@mzcr.cz, www.mzcr.cz. Kopii pošlete, prosím také na adresu chvala@sktlib.cz

ZÁPISY ZE SETKÁNÍ VÝBORU SPPS 19. 4. 2010 NA PSYCHOSOMATICKÉ KLINICE V PRAZE

Přítomni: Mgr. E. Kravarová, MUDr. O. Masner, PhDr. P. Roubal, MUDr. E. Rys, PhDr. Z. Vondřichová

Omluveni: Mgr. S. Kamenová, Mgr. D. Jandourková

Host: MUDr. I. Vondřich

Diskuse o programu na příště. MUDr. Roubal a Mgr. Kravarová bohužel v příštím termínu nemohou.

Informace o stavu financí. Podáno daňové přiznání na FÚ.

Výjezdní setkání v Kobylí, vinný sklípek. Organizuje dr. Roubal a dr. Debef.

Návrh na vznik moravské sekce SPPS – MUDr. Branná.

Diskuse o Ceně dr. Poněšického, kterou SPPS získalo. Návrh na předplacení zahraničního internetového časopisu o psychosomatice, který by byl k dispozici členům. Možnosti zjistí dr. Masner a dr. Vondřich.

Logo. Mgr. Kačenová probere s právníkem smlouvu.

Nespokojenost s webem. Změny zadané po minulém setkání webmaster stále nerealizoval. Zajistí dr. Rys.

Přednáška pro setkání akupunkturistů 20. 11. 2010. Téma je „Bolesti hlavy“, dr. Vondřich chce zajistit někoho, kdo do tématu vnese psychosomatický pohled. Uvažuje dr. Krejčová a dr. Roubal.

V průběhu května bude rozeslána upomínka těm, kteří dosud nezaplatili příspěvky za rok 2010.

Zápis ze setkání SPPS 19. 4. 2010 na Psychosomatické klinice v Praze

Projekce filmu „Hranice v psychosomatice“.

<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/20956226658-hranice-v-psychosomatice/>

Diskuse s režisérem filmu Miloslavem Novákem. Diskuse byla velmi živá, ohlasy pokrývaly celé spektrum od kritiky po chválu. Objevily se úvahy nad pohledy veřejnosti a účinku tohoto dokumentu, impulzy k dalšímu mediálnímu zpracování témat z psychosomatiky, vysvětlení a zkušenosti z příprav a pozadí filmu.

Informace o chystaných akcích:

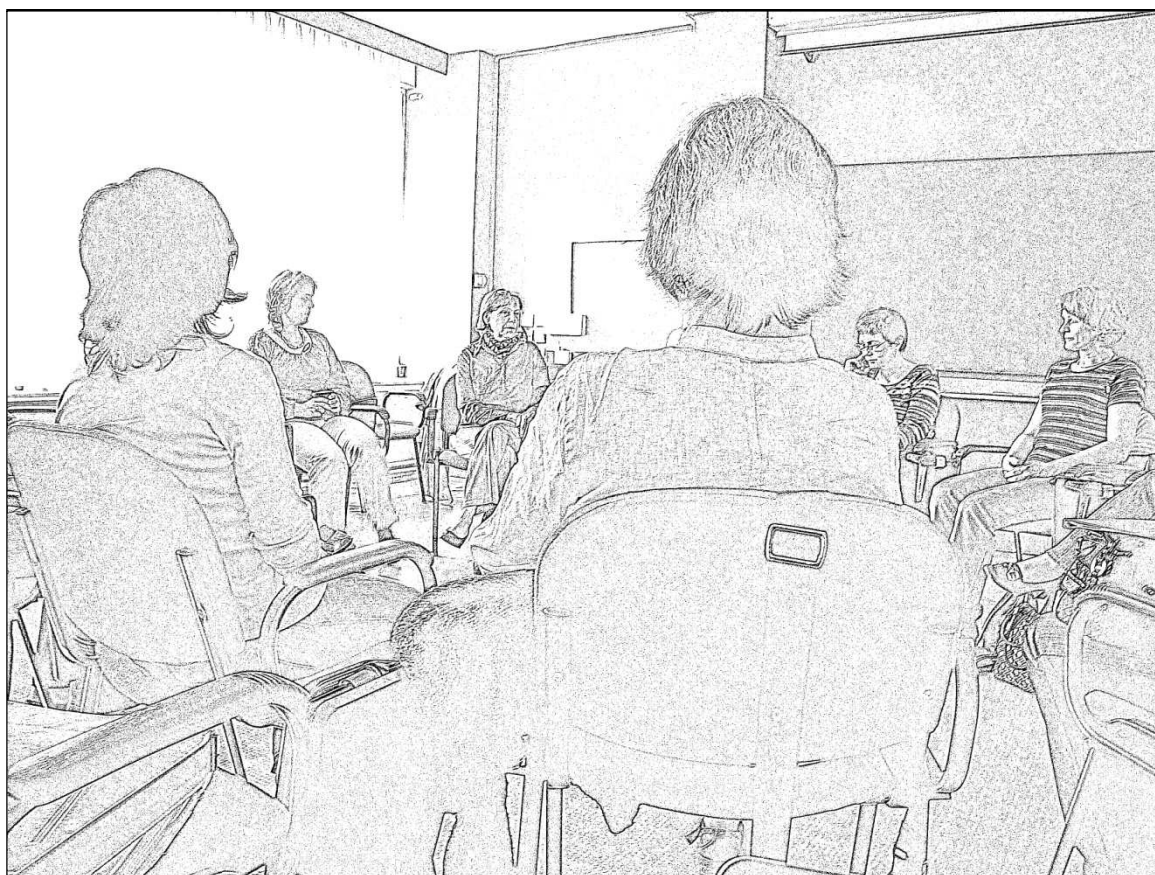
Na setkání v Goerlitzu 27. 5. – 30. 5. 2010 povede dr. Poněšický balintovskou skupinu v češtině. Na setkání se bude mluvit česky, anglicky a německy. Více informací najdete na www.relationship-based-medicine.de/ – Kurz IPVZ „Základní psychosomatická péče“ 20. – 21. 5. 2010.

Příští setkání SPPS se uskuteční 10. 6. 2010 v 18 hodin na Psychosomatické klinice, setkání výboru v 17:15 hodin.

Sdílení zážitků a poznatků ze 13. celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci.

Zapsala Z. Vondřichová

AKCE, AKTUALITY



IPOP - Institut procesově orientované práce Vás srdečně zve na seminář

SEMINÁŘ: IVAN VERNÝ, M. D.: LÁSKA, KONFLIKT A NUDA 11. ČERVNA 2010 V PRAZE

*JAKO ČÁSTI SPOLEČNÉ CESTY V MILOSTNÝCH A JINÝCH VZTAŽÍCH:
procesorientované perspektivy pro práci se vztahy a ve vztazích.*

V procesorientované psychologii vnímáme konflikt jako možnost prohloubení vztahu, sebepoznání, vnímání limitů a nedostatků, ale také jako příležitost k uvědomění vlastní síly, vášně, potřeb a intenzity, potažmo zábran vůči ní.

Vztahy jsou jednou z možností individuace, a protože ve vztazích trávíme hodně času, bylo by užitečné, abychom se v nich naučili dobře „plavat“.

S trochou teorie a mnoha cvičeními ve skupinkách se budeme věnovat kultivaci vztahů a aspektům komunikace, které brání, respektive podporují spolužití, spolupráci či lásku. Budeme procvičovat, jak být jako účastník v konfliktu a současně jako jeho facilitátor/ka, jak vnímat své pocity, jak je vyjádřit a jak se zastat svých vlastních potřeb.

Lektor: Ivan Verný - 57-letý psychiatr a psychoterapeut, pracuje ve vlastní privátní praxi v Curychu. V Čechách i na Slovensku vyučuje procesorientovanou psychologii od r. 1989 a systemické konstelace od r. 1992. Kromě jízdy na koni je jeho zájmem vývoj a integrace rozličných psychoterapeutických metod. Miluje hudbu, přírodu a hlavně svou ženu, děti a své přátele. Semináře v rodinných a systemických konstelacích vede v ČR, SR, Švýcarsku, USA a Izraeli.

Datum: pátek 11. června 2010 (9:00-17:30)

Cena: a) 1 000 Kč pro studenty/ky a ženy na mateřské
b) 1 100 Kč pro členy/ky IPOP a POPI Slovensko
c) 1 300 Kč pro ostatní zájemce a zájemkyně

Místo: Dům osobního rozvoje MAITREA, Týnská ulička 6/1064, 110 00 Praha 1

V případě zájmu kontaktujte: Institut procesově orientované práce, Anna Audrlická, email: kurzy@processwork.cz, tel.: 776 688 922

Pozn. Účastníky přijímáme podle data závazného přihlášení, v případě zájmu si proto prosím včas zajistěte své místo. Děkujeme.

Institut procesově orientované práce www.processwork.cz



ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 4: ONEMOCNĚNÍ S PRIMÁRNĚ-TĚLESNOU SYMPTOMATIKOU ČÁST 3

Termín: 14., 15. Října 2010, Hotel ILF Budějovická

Číslo kurzu: 222002106

1. gynekologické a porodnické obrazy nemoci a symptomy 3 hod. MUDr.V.Chvála
 - a. poruchy krvácení a cyklu, dysmenorea, klimakterický syndrom, chronický recidivující bolesti v podbříšku, pruritus vulvae a fluor, urogynekologické poruchy, sterilita
 - b. psychosomatika poruch těhotenství a porodu
2. Zneužívání, jeho rozpoznání, následky a léčba 1 hod. MUDr. V.Chvála
3. Rozhovor s pacientem, praktický nácvik 2 hod.
4. Trauma, akutní a chronický posttraumat. syndrom 2 hod. PhDr.Klímová, PhDr. Mahler, PhDr. L.Trapková, MUDr.V.Chvála
5. chronicky nemocný pacient s malignitou a ledvin. insuf. 2 hod. Mgr.Krtičková
 - a. Zpracovávání a vypořádávání se s onkol. onemocněním
 - b. Zpracování a vypořádávání se chron. nezhoubným onem.
6. Balintovská skupina 2 hod. PhDr.Trapková

Více na: <http://www.ipvz.cz/akce/34367-ter-Specializacni-kurz-Zakladni-psycho-somaticka-pece.aspx>

SEMINÁŘ: TRAUMA V EXISTENCIÁLNĚ ANALYTICKÉ PSYCHOTERAPII PRAHA 16.-17.ŘÍJNA 2010

Na 10. den logoterapie a existenciální analýzy za účasti zahraničních přednášejících Vás zve Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu SLEA.

Přednášky:

- **Zraněný život** (Mgr. Martina Vondrová)
- **Práce s traumatem v psychiatrické ordinaci** (MUDr. Dagmar Křížková)
- **Bouřlivě se slunečnými úseky Případ paní B: Ego state disorder** (PhDr. Liselotte Tusch)
- **Konfrontace s traumatem=setkání s hrůzou** (PhDr. Jana Božuková)
- **Poruchy osobnosti a traumageneze. Existenciální analýza poruch osobnosti způsobených traumatem** (Doc. MUDr. PhDr. Alfred Längle, Dr.h.c.) + panelová diskuse

Workshopy:

- **Aby se práce s traumatizovaným klientem nestala psychoterapeutovi traumatem** (PhDr. Romana Doležalová)
- **Nemoc a trauma aneb: „Proč ta pomoc tolik bolela?“** (Mgr. Helena Petrová)
- **Nevím, kam patřím** (MUDr. Irena Zvánovcová)
- **Proč si nechám ubližovat?** (MUDr. Kristína Černá)
- **Rozvod jako transgenerační trauma** (PhDr. Dana Davidová)
- **Ztratil jsem něco důležitého- vyrovnání se se ztrátou** (Mgr. Jakub Hučín)

Více na www.slea.cz, e-mail: slea@slea.cz tel. +420 723932830



POKYNY PRO AUTORY ČASOPISU

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

Délka příspěvků:

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

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

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

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

Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORDu (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD).

Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

PSYCHOSOM VYDÁVÁ
INSTITUT RODINNÉ TERAPIE
A PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY V LIBERCI, O. P. S.
(LIRTAPS)

TOTO MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ
NA FARMACEUTICKÝCH
FIRMÁCH

