

<p>číslo 2</p>	<p style="text-align: center;">PSYCH@SOM</p> <p style="text-align: center;">PRAŽSKÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ INSTITUT POBOČKA LIBEREC PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI A OSTATNÍ ZÁJEMCE</p>	<p style="text-align: right;">Ročník II/2004</p> <p style="text-align: right;">ISSN 1214- 6102</p>
<p>OBSAH</p>	<p>EDITORAL 47 NAD MINULÝM ČÍSLEM, POŠTA 48</p> <p>GALINA KREJČOVÁ, MUDR.: ČEHO SE BOJÍM 48</p> <p>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 51</p> <p>HEJNICE 2.-3. DUBNA 2004: ČAS PRO RODINU, SYMPOZIUM RODINNÉ TERAPIE 51</p> <p>ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY V (IPVZ) 52</p> <p>KURZ - ÚVOD DO PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATIKY 53</p> <p>ODBORNÁ STÁŽ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ 53</p> <p>MEZINÁRODNÍ SYMPOSIUM V BUDAPEŠTI VE DNECH 29. - 31. SRPNA 2004 53</p> <p>10. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY 54</p> <p>KASUISTIKY 54</p> <p>IVA VINDUŠKOVÁ, MUDR.: OD NEUROLOGIE K PSYCHOTERAPII: O BOLESTECH HLAVY 54</p> <p>NAŠE ANKETA 62</p> <p>KATEŘINA HVĚZDOVÁ, MGR.: JAK (NE)MLUVÍTE S PACIENTY O SEXU? 62</p> <p>HISTORIE OBORU 66</p> <p>VLADISLAV CHVÁLA, MUDR.: WILHELM REICH (1897- 1956) A DNEŠNÍ MEDICÍNA 66</p> <p>TEORIE A SOUČASNÉ TRENDY 71</p> <p>THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL 71</p> <p>JIRÍ ŠÍMEK, DOC.MUDR.: POZNÁMKA K TEXTU T. VON UEXKÜLLA A W. WESIACKA 79</p> <p>JAN PONĚŠICKÝ, MUDR.: ZÁSADY PSYCHOTERAPEUTIC-KÉHO PŘÍSTUPU U PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ: DÍL TŘETÍ: STRACH Z PSYCHOTERAPIE 80</p> <p>VOLNÁ MÍSTA: 83</p> <p>STŘEDISKO RANÉ PÉČE PRAHA 83</p> <p>PRÁCI HLEDAJÍ 84</p> <p>VÝCVIKY: 84</p> <p>KNIHY 85</p> <p>VYDAVATELSTVO F, PSYCHIATRIA, PSYCHOTERAPIA, PSYCHOSOMATIKA 85</p>	
<p>Redakční rada</p>	<p>MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P. MOOS, MGR.J. KNOP, PROF. S.KOMÁREK . DOC.J.BERAN, DOC.J.ŠÍMEK</p>	<p>Uzrálo dne 3.3.2004</p>
<p>Redakce:</p>	<p>Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398 e-mail: chvala@sktlib.cz . Psych@Som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>	<p>Uveřejněné práce nebyly jazykově ani odborně redigovány</p>

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

88,45,46,87/ 86,47,48,85/ 84,49,50,83/ 82,51,52,81/ 80,53,54,79/
78,55,56,77/ 76,57,58,75/ 74,59,60,73/ 72,61,62,71/ 70,63,64,69/
68,65,66,67/ Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na MENCLOVA@SKTLIB.CZ, bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Cena tištěného čísla je 40 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.**

TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Milí čtenáři

Je toho v pohybu mnoho. Od minulého do dnešního čísla se *Psych@som* stal oficiálně zaregistrovaným on-line časopisem přidělením Mezinárodního standardního čísla seriálových publikací ISSN 1214-6102, jak jste si mohli všimnout v tiráži. Pokud tedy bude někdo z Vás nucen vykazovat svým nadřazeným odbornou publikační aktivitu, můžete již uvádět i své publikace v *Psych@somu*. Ale proboha, nepište jen kvůli tomu! Doufám, že si udržíme svou nezávislost jak na tlaku hierarchických struktur na vykazování formální činnosti, tak tlaku farmaceutických firem na propagování svých výrobků. Budiž nám odstrašujícím příkladem Společnost pro léčbu bolesti, která vznikala z podobné potřeby hledat jiné cesty k léčbě chronických symptomů, jakou máme i my. Řekli si, proč nevyužít přílivu peněz od farmaceutických firem, a ejhle, za několik let se stali závislími. Své pacienty léčí převážně drahými léky speciálně aplikovanými kam jen to jde, jako by bolest vznikala nedostatkem léků. Ale nechme kolegy, i mezi nimi jsou ti, co hledají možnosti psychoterapie v klinických oborech, a nemají to lehké.

Další významná událost, kterou chci vyzdvihnout je pověření doc.MUDr.Jiřího Berana, přednosty Psychiatrické kliniky LF UK v Plzni a pracovníka IPVZ zajištěním veškeré výuky v nově vzniklém vzdělávacím programu Psychosomatická medicína, jehož zahájení je možné již od podzimního semestru 2004, ředitelem IPVZ MUDr.Antonínem Malinou, PhD. Prakticky to znamená, že již na konci tohoto roku mohou být vydány první certifikáty IPVZ odborníkům na psychosomatickou problematiku. Doufám, že výbor sekce co nejdříve stanoví, za jakých okolností bude možno získat takové potvrzení v přechodném období a do kdy takové přechodné období potrvá.

Proběhl další kurz „Úvod do psychosomatické medicíny“ na IPVZ v pořadí již čtvrtý. Jeho úroveň je stále velmi dobrá, to jen pro ty z vás, kteří stále ještě váhají se do Prahy 2-3x za rok vydat a zapojit se do diskuse nad presentovanými tématy. Tentokrát jsme se věnovali moci z hlediska biologického, psychoterapeutického i filosofického. Vynikající úroveň mají balintovské skupiny, které se, jak se zdá, staly dobrou tradicí a budou i nadále (žádanou) součástí kurzu. Zkoušíme se podívat také do jednotlivých ordinací s otázkou, jak kdo pracuje s psychosomatickými pacienty. Tentokrát se pochlubila paní doktorka Zora Bártová. Není to jistě snadné, ale nemáme-li splynout s rozsáhlou obcí léčitelů, kteří se

nepochybně také zabývají psychosomatickými pacienty, musíme být schopni srozumitelně popsat, co si myslíme, že s pacientem děláme, když ho léčíme, i když jde někdy možná více o umění než vědu. A to se popisuje těžko. Nikdy to asi nebudeme vědět přesně, ale pojďme o tom diskutovat s lidmi s vysokou erudicí v oborech jako je biologie, fyzika, psychologie, sociologie, antropologie, matematika, psychoterapie, filosofie a třeba i teatrologie, a snažme se o srozumitelnost. Nevysvětlujme temné ještě temnějším a nestrkejme energie všeho druhu tam, kde nám nestačí zrak.

Vím, že to není snadné. Moderní teorie živých systémů daleko předběhla chápání člověka, jakému nás učí na lékařských fakultách. Ale jen proto nemůžeme sahat k výkladům ještě starším, aniž bychom je nechápali jen jako metafory, které jsou tu a tam vhodnější pro práci s živým pacientem než mechanické a odlidštěné patologicko anatomické diagnózy. V tomto čísle přinášíme další díl skvělého textu staříčkého klasika psychosomatiky profesora Thure von Uexkülla a jeho kolegy neméně věhlasného Wolfganga Wesiacka. Osobně mě velmi potěšilo, jaký pokrok směrem ke konstruktivismu staří pánové učinili. Thure také otevřeně navazuje na svého otce (?) Jakoba von Uexkülla, biologa, který nejspíš ve svém chápání živých systémů předběhl Humberto Maturanu, profesora fyziologie z opačné strany zeměkoule, z Chile. Jak se zdá, nebydlel asi daleko od ještě staršího Immanuela Kanta, jak podotýká Jiří Šimek, a ono to tak bude. Mám z toho radost, všechno tady pořád je, stačí si jen vybrat! Tak čtěte pozorně. A nepřehlédněte třetí díl o psychoterapii Jana Poněšického, abyste věděli, čeho se to bojíme.

s pozdravem MUDr.V.Chvála

NAD MINULÝM ČÍSLEM, POŠTA

Galina Krejčová. MUDr.: Čeho se bojím

Vážený a milý pane šéfredaktore, a kolegové

Jak libozvučné, oku i duši milé čtení. S každým novým, stále bytelnějším číslem klesá moje odvaha sdělit svoje pocity a zkušenosti „ od jinud“. Necítím se sice od jinud, snad ovlivněna historickými obavami, aby náš pranýřovaný nástroj (homeopatie, pozn. editor) nebyl spojován s něčím „co má aspoň naději “ (a tím myslíš psychosomatiku? pozn. tentýž), mě činí opatrnou.

Při četbě článků a kasuistik, které tak krásně uhlazeným psychoterapeutickým jazykem, nabízejí pochopení příznaků těla v souvislosti s individuálním životním příběhem, rodí se v mé hlavně rubriky repertoria, příznaky mysli, generálie, sny, modalities, zvláštní a jedinečné symptomy i témata jednotlivých homeopatických léků. V ordinaci ještě přidám vlastní pocit ze setkání a vyberu jeden homeopatický lék v naději, že podaná informace nastartuje harmonizující ozdravný proces v těle i mysli pacienta.

Mnohdy následují úžasné změny. Mění se fyzické příznaky, stoupá celkový pocit životní energie a vnitřní harmonie. Výrazné sny většinou doplní nebo potvrdí obraz homeopatického léku. Častěji se to na poprvé nepovede. Na prvním dvouhodinovém setkání je jen nemnohý člověk schopen bezpečného otevření. Blízky lék pacientovi většinou aspoň uleví a tak zvýší i důvěru k metodě. Přetrvávající příznaky a nové sny vedou ke konečnému pochopení stonání pacienta a tak přesnější volbě homeopatického léku. Tady by mohla vzniknout polemika, na kolik je změna podmíněna samotným rozhovorem. Efekt léku se dá odlišit a předpokládat z historie stonání. Má svá opakovatelná pravidla. Jestli se shodují s cestou za zlepšením „pouhým“ slovem, to nejsem schopna srovnat.

Stále více si uvědomuji, jak podobně inspirující je naše práce. Systemický výcvik mi poskytl další možnosti vedení rozhovoru hlavně při druhém podání, které je v homeopatii obzvlášť obtížné. Nahlédnutí do myšlenek radikálního konstruktivismu zase pocit, že tvoření „konstrukce homeopatického léku“ společně s pacientem je podobnou cestou k porozumění. Pacient je ten, kdo ví, který lék má dostat. Je na nás, abychom ho společně našli a vzájemně pochopili, co říká tělo pacienta o jeho duši. Důležitou část konstrukce obrazu tvoří právě vlastní hledání.

Přemýšlela jsem o nabídce kasuistiky. Ve strachu z militantnosti, která zaznívá z úst některých psychoterapeutů na seminářích, kde jsem se chtěla něco přiučit, mě snad zatím opustila odvaha.

Jako první setkání s Vaším časopisem nabízím, pro přiblížení se, citát z „**Organonu racionální léčby**“. **Samuel Hahnemann**, jeden z velkých zakladatelů homeopatie, v něm r. 1810 popsal své vnímání příčin nemoci, zcela neslučitelné s oficiálními názory jeho doby.

§ 78 Skutečné přirozené, chronické choroby, jsou nemoci, které jsou způsobeny *chronickým miasmatem*, a jež, jsou-li ponechány samy sobě a neužívá-li se proti nim specifický léčebný prostředek, neustále sílí a stupňují se i při tom nejpříkladnějším duševně i tělesně dietetickém

chování. Sužují člověka neustále se zhoršujícími problémy až do konce života. Kromě chorob vyvolaných špatnými lékařskými metodami /§74/ jsou tyto choroby pro lidský rod nejčastějšími a největšími zdroji utrpení, protože přetrvávají a stále se zhoršují navzdory té nejrobustnější tělesné konstituci, nejspřádanějšímu způsobu života, nejvitálnější životní síle a nejčinnější životní energii. Neléčená sykosis (kondylom), kterou životní síla rovněž nedokáže odstranit, nebyla považována za vlastní vnitřní chronicko-miasmatickou chorobu, již nesporně je. Věřilo se, že je možné ji vyléčit odstraněním vyrážky na kůži, aniž by se brala v úvahu choroba, která v organismu přetrvávala i poté. V mládí, v období největšího rozkvětu, a na začátku pravidelné menstruace, zvláště v kombinaci se způsobem života, který je pro ducha, srdce a tělo blahodárný, zůstávají často po řadu let nerozpoznatelné. Ti, jež jsou tím postiženi, pak svým příbuzným a známým připadají naprosto zdraví a působí dojmem, jako by nemoc, kterou získali nákazou nebo již zdělili, zcela zmizela. Objeví se však v pozdějších letech při neblahých událostech a okolnostech v životě, nevyhnutelně a nanovo, a postupně tím rychleji, nabývá vážnějšího charakteru, čím více byl životní princip narušen oslabujícími vášněmi, žalem a hořem, především však škodlivou léčbou.

Děkuji za krásné a laskavé čtení.

V Praze dne 26.1.2004

MUDr. Galina Krejčová
Ordinace léčby bolesti

/ akupunktura, homeopatie, EAV/ areál ÚVN, pavilon B2, 1.patro

U vojenské nemocnice 1200, 162 00 Praha 6,

e-mail: GALINA.KREJCOVA@seznam.cz, www.e-homeopatie.cz, tel : 973208282

K tomu Mgr.Petr Moos pravil:

Jak to asi ten Psych@som působí, když se ta jedna paní doktorka (G.Krejčová, pozn.ed.) tak bojí do něj něco opublikovat. Je fakt, že psychoterapeuti jsou často mnohem militantnější než třeba lékaři, ale to se nemusí toho paní doktorka tak bát. Jedná se jen o pár neurotických komplexů u těch psychoterapeutů, o nic víc.

Ahoj Vládo,

ten Psychosom mi připadá zdařilý, vůbec mám radost, jak se Ti podařilo "z ničeho" vydupat fungující časopis. ... Fascinuje mne, jak teď všichni spisují na totéž či podobné téma - že by snad skutečně něco s paradigmatem viselo v luftě? Standa (Komárek)

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

Hejnice 2.-3. dubna 2004: Čas pro rodinu, sympozium rodinné terapie

Program sympozia Společnosti pro rodinnou a systemickou terapii SOFT je v současnosti bohužel obsazený na 120% kapacity přednáškového sálu hejnického Centra pro duchovní obnovu. Zde otiskujeme seznam přednášek pro ty z Vás, kteří měli to štěstí a přihlásili se včas. Na stránkách tohoto periodika bude uveřejněna většina přednášek, které v Hejnicích zaznějí. Pokusíme se zaznamenat i diskusi, která, jak doufáme, bude plodná. Kdo litujete, že tam nebudete, přihlaste se včas na 10. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, která bude jistě taky velmi zajímavá.

PROGRAM SYMPOZIA		
Pátek blok první: 12.00- 13.30		REFEKTÁŘ
Raban+Trapková+Chvála	Zahájení sympozia	
Kuchařky Centra duchovní obnovy	Podávání společného jídla	
Mgr.Lad.Doležalová+Mgr.Iva Reinerová	Společné stolování a jeho místo v rodinných rituálech	
Pátek blok druhý 14.00- 15.30	MODERUJE: MUDR..VLADISLAV CHVÁLA	AULA
Prof.Jan Sokol	Čas světa a čas života	
Doc. PhDr.Anna Hogenová	K filosofii domova a ženství	
MUDr.RNDr.Radvan Bahbouh	Čas lineární a čas cirkulární	
Pátek blok třetí 16.00- 17.30	MODERUJE : MGR.JAN KNOP	AULA
Prof.RNDr.Stanislav Komárek,DRs.	Význam synchronizace pro zrání v živé hmotě	
PhDr.Ludmila Trapková	Čas uvnitř a čas vně	
MUDr.Vladislav Chvála	Hypokairózy- nemoci z nedostatku času?	
SPOLEČNÁ VEČEŘE 18.00-19.00		V REFEKTÁŘI
KONCERT 19.00-20.00	vokální sdružení ZEFIRO, vede Lukáš Pelc	
Sobota blok čtvrtý 9.00- 10.30	MODERUJE MUDR.V.CHVÁLA	AU
ThDr.ing.Miloš Raban	Tempus, saeculum, externitas v rodině	

Doc.PhDR.Anna Hogenová	Fenomenologické pojetí času a problém prožívání přítomnosti	
PhDr.Jiří Kubička	Komu patří čas? Aneb Multiplicita a konflikt časových perspektiv	
Sobota blok pátý 11.00-12.30	MODERUJE : DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK	⊕
PhDr.Ingrid Strobachová	Svobodné hry čas	AULA
Mgr.Petr Moos	Rodina jako chaotický systém nesený šípem času	
PhDr.V. Müllerová+PhDr.Marie Mezníková	Čas proměn (pro otce, matku, dospívající děti... a terapeuty v rodině a v rodinné terapii)	
Sobota blok šestý 13.30- 15.00	MODERUJE: MGR.JAN KNOP	⊕
MUDr.Martin Konečný	Časy a prostory v rodině	AULA
Mgr.Pavla Loucká	Čas a člověk v češtině	
MUDr.David Skorunka	Když se v rodině zastaví čas	
Sobota blok sedmý 15.30-17.00	MODERUJE: MUDR.CHVÁLA	⊕
Doc.MUDr.Jiří Šimek	Čas v díle Erika Ericksona	Aula
PhDr.Hana Vyháňková	Čas proměny v rodině- rodina v proměnách času	
Mgr.Jan Knop	Teď a tady, jindy a jinde	

Úvod do psychosomatiky V (IPVZ)

č. kurzu ???.: 26. a 27. června 2004

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

MUDr.Zdeněk Kalvach: Dluhy moderní medicíny

MUDr. Ivan Vondřich: Možnosti akupunktury pro psychosomatické pacienty

Chvála+Trapková: Psychosomatický příznak v rodině III. Transgenerační model rodiny

Trapková+Chvála: Kasuistický seminář

Prof.Jan Sokol: Čas a prostor v medicíně

MUDr.Vladislav Chvála: Psychosomatika v gynekologicko- sexuologické praxi

MUDr.Jan Poněšický: Cyklus přednášek o psychosomatické medicíně

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

Balintovská skupina

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

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

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

KURZ - ÚVOD DO PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATIKY

Určeno pro lékaře všech oborů a pro klinické psychology.

Program: Současné názory na psychosomatická onemocnění, kasuistiky, filozofické a biologické souvislosti.

Vedoucí: doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

1. - 2. 10 2004 Předpokládaná cena: 1200,- Kč.

ODBORNÁ STÁŽ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ

Určeno pro lékaře všech oborů a pro klinické psychology.

Program: diagnostika a terapie v psychosomatice, různé organizační rámce psychosomatické praxe, výměna zkušeností z vlastní praxe účastníků, interdisciplinárně pojaté diskuse, novinky z literatury.

Školitel: MUDr. Vladislav Chvála

Místo konání: Praha, Katedra psychiatrie IPVZ a Liberec, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch.

29. 11. - 3. 12. 2004 Předpokládaná cena: 2000,- Kč.

MEZINÁRODNÍ SYMPOSIUM V BUDAPEŠTI VE DNECH 29. - 31. SRPNA 2004

na téma:

THE ROLE OF BEHAVIOURAL MEDICINE IN UNDERSTANDING AND PREVENTING THE MORTALITY AND MORBIDITY CHALLENGES OCCURRING IN CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES

Jedná se o satelitní akci 8. mezinárodního kongresu o behaviorální medicíně, který se bude konat ve dnech 25. - 28. srpna 2004 v Mainzu, Německo.

Symposium pořádá „Janos Selye,, maďarská společnost behaviorálních věd a medicíny a Ústav behaviorálních věd (Simmelweisova univerzita, Budapešť) za podpory Mezinárodní společnosti behaviorální medicíny (ISBM - www.isbm.miami.edu <<http://www.isbm.miami.edu/>>).

(Registrace do 15. března 2004, registrace pro přednášky a panelovou sekci do 15. června 2004).

Bližší informace o symposiu a kontakt:

Adrienne Stauder MD, PhD
Psychiatrist, assistant professor
Institute of Behavioural Sciences
Semmelweis University Budapest
H-1089 Budapest Nagyvarad ter 4
Tel: +361 2102953
Fax: +361 2102955
e-mail: staadr@net.sote.hu
Homepage: www.behsci.sote.hu
www.selyesociety.org

10. celostátní konference psychosomatické medicíny

Psychosociální a duchovní limity biologické medicíny 16.-18.září 2004

Nezapomněli jste se přihlásit?

e-mail: aktivní přihlášky do programu konference:
chvala.vladislav@iol.cz

e-mail: pasivní přihlášky a ubytování:
konference@sktlib.cz

webová stránka: www.sktlib.cz/konference

KASUISTIKY

Iva Vindušková, MUDr: Od neurologie k psychoterapii: O bolestech hlavy

S paní doktorkou Vinduškovou se naši čtenáři na stránkách Psych@Somu již setkali v rubrice „Zkušenosti z pracovišť“, když

popisovala způsob zacházení s psychiatrickými pacienty na malém českolipském oddělení, kde nyní pracuje. Toto sdělení o možnostech léčby bolestí hlavy přednesla zhruba před rokem na Psychosomatických disputacích s neurology. Bylo by škoda ho neuveřejnit pro ty z vás, kdo v lékařském domě nebyli, protože je to mimořádné svědectví o změně, kterou zažije lékař, když se vydá na pole psychoterapie.

Začínala jsem jako neuroložka a s bolestí hlavy jsem se u svých pacientů setkávala denně. Nyní pracuji jako psychiatr a psychoterapeutka a s bolestmi hlavy přicházím do styku právě tak často. Změna mé role obsahuje rozdílnou podobu těchto setkání. Různost se týká zejména úhlu pohledu, množství stráveného času, očekávání pacienta a odlišností mé aktuální výbavy vyšetřovacími a léčebnými prostředky.

Pokud jsem pracovala na neurologickém lůžkovém oddělení, měla jsem na starost 20-30 lůžek podle počtu přítomných lékařů. Důležité bylo rychle odebrat anamnézu, promptně stanovit diagnózu a zajistit další podrobná vyšetření k vyloučení závažnější patologie. Mými nástroji byly bílý plášť, neurologické kladívko, dobře dostupná laboratoř, zobrazovací techniky a EEG. Při zpětném pohledu si uvědomuji, kolik míst v kontaktu s pacientem bylo přehlédnuto nebo nemohlo být zaznamenáno, ačkoli somatická, laboratorní a přístrojová vyšetření byla provedena a diagnóza stanovena.

Byl to hlavně čas, který určoval množství získaných informací, ale také vlastní ochrana před pocitem bezmoci v emočně nabitých situacích sdílených s pacientem, které se nedaly z nejrůznějších důvodů řešit. Doba strávená s pacientem na lůžku byla ještě více krácena ve chvílích, kdy se ke starosti o lůžka přidala starost o centrální příjem a konsilia na jiných odděleních.

Léčba bolestí hlavy tehdy přicházela ve dvou situacích. Byly to jednak akutní bolesti hlavy, kdy bylo nutné odlišit bolest při závažném onemocnění, jako např. při intrakraniálním krvácení v rámci cévní mozkové příhody nebo jako komplikace úrazu hlavy, zánětu mozkových blan či syndromu zvýšeného nitrolebního tlaku.

V tuto chvíli by se dalo říci, že se jednalo o „adrenalinovou“ záležitost. Rychlá diagnóza - rychlé řešení - výrazné uspokojení. A pak to byla chronická bolest hlavy nejčastěji kombinované etiologie. Řešení zde nebylo tak okamžité a nemělo brzkou satisfakci jako v prvním případě. Její výskyt ale výrazně převyšoval. Později jsem přešla do ambulance, kde bylo ještě méně akutních řešení, zato více chronických

pacientů. To už jsem byla ve výcviku v rodinné terapii a snažila jsem se včlenit získané znalosti do své neurologické práce. Ale je tu opět čas, který často činí neurologické vyšetření nedůstojným pro pacienta i pro lékaře. Pacient se většinou svléká v kabině u sestry, do ordinace vklouzne ve spodním prádle a začíná se odebírat anamnéza. Již samotný termín odebrání anamnézy naznačuje, že pacient je jakoby pasivním objektem činnosti lékaře. Za okolností, za jakých je někdy prováděno, často neotevívá prostor k vlastní aktivitě pacienta. Nevede ho ke změně svého životního stylu, například jen tím, že bude pravidelně cvičit. Stejně jako mnozí kolegové jsem zjistila, že ekonomické podmínky zdravotnictví, lékařské zvyklosti a představy pacientů o lékařských intervencích jednoduše nedávají prostor v běžné nemocniční ambulanci přikládat potřebnou váhu těm psychogenním momentům, které by si léčba chronických onemocnění zasloužila.

Další osudy mě dovedly na malé lůžkové psychiatrické oddělení. Chroničtí pacienti a jejich chronické bolesti hlavy mě provázejí stále. Moje pozice je zde pro mne psychoterapeuticky nesrovnatelně výhodnější než na neurologii v nemocnici. Je zde více chráněn společný prostor trávený s pacientkami. Nestane se např., že ve chvíli, kdy mi pacientka sděluje pro ni emočně významnou situaci, mě odvolá „pípák“ k něčemu vitálně významnějšímu. Nadále léčím bolesti hlavy s pokorou k získaným medicínským znalostem, ale nyní s možností většího vlivu na převzetí zodpovědnosti pacientů za další průběh nemoci.

Převážnou většinu bolestí hlavy léčených v sanatoriu tvoří tenzní bolesti hlavy, bolesti hlavy při postižení krční páteře, migrenózní bolesti hlavy a nemalou část tvoří kombinované chronické bolesti hlavy způsobené dlouhodobým užíváním chemických látek, nejčastěji analgetik. Často i několik let užívají pacientky pravidelně analgetika, což vede ke stavu, kdy se tyto látky stávají ustálenou součástí metabolismu, jejich účinnost se minimalizuje, postupně dochází ke kompenzačním změnám neurotransmitterového systému a k rozvoji fyzické a psychické závislosti. Téměř vždy třítydenní režimový pobyt s eventuální úpravou medikace vede ke snížení výskytu a intenzity bolestí hlavy.

U všech těchto typů bolestí hlavy se jako součást prevence doporučuje změna životního stylu. Udělat tuto změnu je dle mého nejtěžším článkem léčby. Ve chvíli nesnesitelné bolesti by pacientky ústně přeměnily vše, jen aby hlava přestala bolet. Jakmile se jim uleví, zavrtají se zpátky do svých zaběhaných stereotypů, které v žádném případě nemůžou měnit. Aby jim dostály, nutně potřebují necítit svá přání, která jsou často velmi rozdílná s tím, co žijí. Aby necítily svá přání, musí potlačit a vytěsnit s tím spojené emoce. K tomu dojde jedině tehdy,

když celou svou pozorností zůstávají u svého přísně racionálního výkladu skutečnosti. Nejsou schopné cítit a pojmenovat nic jiného než bolest hlavy, závratě, tlak na hrudi, pocit na zvracení, mravenčení končetin, slabost a únavu. Obvykle přicházejí s větou : „ Vůbec na nic jsem nemyslela a bez jakéhokoli důvodu mě rozbolela hlava,“ v jejich hlase je často cítit výčitka a v pohledu je očekávání, co s tím, doktore, uděláš.

Při naší práci, ať už se jedná o jakoukoli diagnózu u pacientky, si mapujeme, v jaké životní etapě se nachází. To pro nás tvoří orientační rámec. Opakují se nám nejčastěji čtyři typické situace:

1. období, kdy se pacientky nedokážou oddělit od své původní rodiny
2. období, kdy nedokážou uvolnit děti ze své vlastní rodiny
3. období, kdy jsou samy ještě uvízlé u svých rodičů, třeba dávno mrtvých, a zároveň nedokážou pustit své dospělé děti do samostatného života
4. se jedná o vztahovou problematiku k partnerům, manželům a mužům vůbec a k sexualitě jako takové.

Naším cílem je dosáhnout zvědomění skryté problematiky, nahlédnout smysl aktuálního příběhu, pomoci pacientce vystoupit z role oběti či stěžovatelky a převzít vlastní aktivní zodpovědnost za svůj život a své vztahy.

Jako první příklad můžeme uvést příběh 28 leté vdané ženy s jedním dítětem. Tato pacientka se podle našeho rámce nachází v období nedokončené separace od původní rodiny a s tím souvisí problematika jejích vztahů.

Léta se léčila pro vertebrogenní bolesti hlavy v neurologické ambulanci. K nám byla přijata po hospitalizaci na neurologii, kde byla podrobně vyšetřena pro bolesti hlavy, parestesie končetin, občasné mikční potíže a přechodné vertigo.

Zde bych chtěla předvést ukázkou neurologické anamnézy z propouštěcí zprávy, která je naprosto dostačující pro správné stanovení diagnózy, ale nic neříkající o pacientce jako o člověku, který žije v nějakých vztazích, má svá očekávání, zklamání, neumožňuje nahlédnout, co se děje v rodině, když pacientku bolí hlava.

Anamnéza:

NO: Asi 3-4 měsíce intermitentní výrazné cefalgie lokalizované v záhlaví směrem vzhůru, stejnou dobu trvá tlak v obl. C páteře a max. v obl. CC přechodu, zvýrazňuje se při předklonu hlavy, současně je nápadná

celková únava, parestezie HKK, v obl. prstů stále, občas i brnění celé pravé paže / při únavě /, někdy po ránu necítí pravou ruku / jakoby byla přežena /, současně občasné mikční obtíže, kdy se nemůže vymočit, proud moči cítí, stolice v pořádku, občasné brnění PDK, hl. v chodidlech a prstech, hl. při únavě a v noci, PDK se jí hůře zvedá. Občasné bolesti bederní páteře s šířením do levé kyčle a občas i po vnitřní straně celé LDK do palce. Bolesti bederní páteře cca 1 rok. Poruchy zraku nejuje, 2 roky má brýle na krátkozrakost. Před 4 dny přechodně vertigo s tahem doprava. Vyšetřena opak. v neurol. ambul., dopor. k vyš. za hospital.

RA: matka 50 let, hyperfunkce štítnice, bolesti páteře, degenerativní změny páteře. Otec 50 let, nově DM na PAD, 2 souroz., zdraví, jedno dítě 8 let, srdeční vada - defekt síňového septa.

OA: občasné bolesti žaludku, anam. onem. nejuje, APPE v r. 96, gynekolog. laparoskop. diag. vyš. v r. 95, úraz neg.

PA: pomocná dělnice v kartonážce, převážně ve stoje s častým předklonem

AA: nejuje TA: kouří 10 denně, alkohol příležitostně.

GA: menstruace nepravid., kontrola před 2 měs., vše v poř., hormon léčba není. FA: Myolastan 0-0-0.5 tbl

Pacientka byla u nás hospitalizovaná 2x s půlročním odstupem. Psychiatrickou hospitalizací zpočátku vůbec nepřijímala, na druhou hospitalizaci již ale přichází s konkrétní zakázkou pracovat na svých vztahových a somatických obtížích. Mezi hospitalizacemi se nikde psychoterapeuticky neléčila, přesto dochází ke změnám v rodinném systému pacientky, které sama dokáže zaznamenat, píše: „...změny v rodině byly různé, manžel našel pochopení, mamka nepochopení a nesmyslnost a neodpustila si kritiku, že tomu podléhám a věřím. Dřív jsem se na sebe a do sebe tolik nekoukala. Zde v září jsem pootevřela dveře do sebe a našla, že mi chybí uvolnění, umět vypnout a hlavně to, že já nemohu pomoci všem. Díky hospitalizaci i manžel pochopil, že se něco děje a že to není zdravé pro mě, pochopení jsem našla i u tatínka.“

Tak se může odkrýt příběh dívky, která v sobě nosí velký strach z nepřijetí a opuštění, jenž kompenzovala velkým zájmem a péčí o okolí hlavně o štěstí svých rodičů. O vzniku bolestí hlavy píše: „...z doby 9 let si pamatuji, že mě bolela hlava a zvracela jsem, ale až teď si uvědomuji, že to bylo vždy, když tatka nepřišel normálně domů a že vše neprobíhalo hezky. Nikdo s tím zřejmě nic nedělal a ani o tom nikdo nemluví...“

Zde se nám nabízí hypotéza, že pacientka byla a je po celou dobu bezpečným vyvažovatelem dysfunkčního partnerského vztahu u rodičů. Jako pevná opora matky nemohla žít naplno pro svou nynější rodinu.

Manžel řešil situaci podobně jako otec pacientky alkoholem. Bolesti hlavy dle nás zde mají dvojí charakter, jedná se o tenzní bolesti a cervikokraniální syndrom.

Další příběh obsahuje třetí situaci, kdy pacientka sama neseparovaná od svých rodičů, není schopna uvolnit své již dospělé děti do samostatného života. A s tím souvisí problematický vztah k mužům a k sexualitě. Jedná se o 46 letou ženu, která trpí bolestmi hlavy již od dětství. Bolesti jsou opět kombinované etiologie - tensní cefalea, migrény a bolesti hlavy při degenerativních změnách krční páteře. Na neurologii se dostala poprvé v 15 letech, tehdy měla pokus o sebevraždu. Později přichází na oční, ortopedii a revmatologii.

Říká : „Ortoped řekl, že jsou to počínající výrůstky, ale už se mnou dál nezabýval. Oční lékařka se mi naopak věnovala hodně. Na neurologii se mě ujala primářka, byla jsem na CT, které bylo v pořádku. Také se zjistilo, že mám nemocnou páteř, výrůstky a skoliosu. Absolvovala jsem spoustu rehabilitací, opichů a infusí. To vše mělo vždy velmi krátkodobý efekt. Potom primářka skončila a já přestala na neurologii chodit, protože péče nebyla taková, jakou bych očekávala. A když se objevila lékařka, která by měla i zájem se mi věnovat, během deseti minut času, který na mě měla, to absolutně nemohla stihnout. Velmi mi to vadilo a přestala jsem na neurologii chodit.“

Poprvé jsme se s pacientkou setkali v r. 2001. Tato žena se vdávala v 21 letech. S mužem, kterého si vzala měla 4 děti a 3 interrupce. Její matka se děsila každého nového těhotenství dcery a pacientka si nyní uvědomuje, že jediné tam si dovolila být neposlušná vůči své matce, kterou jinak poslouchá dodnes. První syn se utopil ve dvou letech a v rodině nebylo vyřešeno a uzavřeno zavinění jeho smrti, z morálního, nikoli z právního hlediska. S mužem, se kterým byla tolikrát těhotná se rozvedla, protože byl „ťunt'a“ a nemluva. Ale ani nový vztah ji nepomohl s bolestmi, pocity zmaru a smutku. Proto se nakonec po několika letech vztah rozpadá a žena se vrací znovu ke svému prvnímu manželovi. K nám přichází v době opětovného rozchodu s bývalým mužem. Nyní je to on, kdo ji opouští.

Tady, jako v mnoha dalších osudech jiných žen, je dobře vidět, že každé dítě představuje určité pouto do konce života a nelze ho nerespektovat. Tato žena přes svou bolest ze ztráty syna neviděla bolest svého manžela, který ji vyjadřoval mlčením. Také si enormně přála, aby se synové nepodobali otci. V první fázi jsme pracovali na přijetí synovy smrti. V další na uvolnění synů směrem k otci. Pacientka byla u nás třikrát hospitalizovaná a nepravidelně dochází na individuální

psychoterapii. V současné době jsou bolesti hlavy výrazně mírnější a méně časté. Očištění viny vedlo k proměně partnerského vztahu. Obnovili sexuální soužití, od úmrtí syna prakticky mrtvé, i když by se navenek zdálo, že pár je funkční, když je tu tolik těhotenství. Synové se osamostatňují svým bydlením a pacientka se naopak navrácí k muži, který je otcem jejich dětí. Pomalu se otevírá prostor pro nahlédnutí její stále přetrvávající silné vazby na matku.

V posledním příběhu bych chtěla nastínit, jak se migrenózní bolesti hlavy mohou proměňovat v jiné komunikační symptomy u jedné dnes čtyřiašedesátileté ženy. Migrenózními a tensními bolestmi hlavy začala trpět po narození prvního syna. Byla opakovaně hospitalizovaná na neurologii, kde prodělávala infusní léčbu. Zajímavé bylo to, že manžel byl montér a pobýval často mimo domov. Migrény přicházely vždy v den jeho příjezdu domů. V tu chvíli přebíral starost o domácnost muž a sex nepřicházel v úvahu. Úleva přicházela těsně před jeho odjezdem. Manžel byl velmi starostlivý, a tak požádal svého souseda, aby na ni v době jeho nepřítomnosti dohlížel.

I přihodilo se, že naše pacientka po čase ovdověla a soused za čtyři roky též. Bolestí hlavy trpící žena se přestěhovala k sousedovi záchranářovi, který si předsevzal, že ji zbaví migrén. Bolesti ustaly, ale do tří měsíců se objevily nevysvětlitelné pády a deprese. Padala na čelo, které měla stále odřené. Kácela se vždy, když byl její přítel poblíž. Nakonec neudělala ani krok bez svého přítele.

Byla opakovaně vyšetřena na interním a neurologickém oddělení. V té době přišla k hospitalizaci na naše oddělení, kterou jsme také opakovali a současně jsme pracovali s párem. Ukázalo se, že pacientka trpí obrovským pocitem viny a studu vůči své matce a zemřelému manželovi, za kterého se cítila stále provdaná. V domě s nimi stále jakoby žila přítelova žena, když si nikdo nedovolil změnit nic, co se týkalo zařízení domu. Vnitřní konflikt její letité touhy po sousedovi a pocitu viny u slušně vychované dcery i manželky, jako by odbrzdil období pádů, které tolik připomínaly epilepsii, ke kterým byla často volána rychlá záchranná služba a pro které byla tolikrát hospitalizovaná na různých odděleních.

Během terapie se nám podařilo ošetřit a otevřít pro ni do té doby zakázané území sexuality. Po roce a půl mizí pády. Zůstává tensní bolest hlavy. Stáváme se jediným m zařízením, které pacientka navštěvuje. Přítel letos na jaře zemřel na rakovinu. Pacientka se o něj starala téměř do posledního dne života. Poslední její hospitalizace u nás se zabývala přijetím smrti partnera a nezatěžováním jejího vnuka

sentimenty, které mu nepatří. To již patří do oblasti jejích tendencí přenášet zodpovědnost za svůj život a jeho naplnění na své nejbližší.

Při naší práci se setkáváme s pacientkami ve věkovém rozpětí od 16 do 80 let věku. Nejlepších postupných výsledků dosahujeme samozřejmě u pacientek mladšího věku. Všimli jsme si, že u těchto psychosomaticky nemocných pacientek se omezuje hospitalizace na jiných odděleních a další konzumace zdravotnické péče. Naši práci nám velmi usnadňuje, když je pacientka somaticky vyšetřena a je průchodná komunikace s jinými odbornými i praktickými lékaři.

NAŠE ANKETA

Kateřina Hvězdová, Mgr.: Jak (ne)mluvíte s pacienty o sexu?

Mgr. Kateřina Hvězdová pracuje jako klinická psycholořka na Psychiatrické klinice UK v Hradci Králové. Je ve výcviku rodinné terapie psychosomatických poruch v Liberci.

Na začátek uvádím případ, kdy otázka na sex, proměnila celou situaci v sezení.

Měla jsem jedno (první a poslední) sezení s jedním manřelský párem, kdy uplakaná manřelka přivedla svého 40ti letého muže s tím, že se jejich manřelství hroutí, manřel si našel milenku a nechce se rozhodnout, zda chce zůstat s manřelkou nebo odejít k milence. Manřelka o svého muže stojí, nechce aby odcházel, ale tato situace, kdy neví, na čem je, trvá už příliš dlouho a je z toho už psychicky na dně. Manřelka potřebuje, aby se manřel už konečně rozhodl. V současné době, ať se manřel rozhodne jakkoliv, jeho rozhodnutí pro manřelku bude znamenat úlevu. Manřel jen sedí a kouká...zdá se mi, že víc dezorientovaně než provinile. Přiznává potupně, že vše je pravda, že se opravdu nemůže (nebo spíš nechce?) rozhodnout, je bezradný. Manřelka vypráví, že během jejich manřelství si zvykla spoustu věcí zařizovat ona sama, že byla doba, kdy manřel nemohl sehnat dobře placenou práci, musela držet domácnost i finančně. Pak se manřel rozhodl zachovat se jako muž, vyhledal práci v cizině a pak začal podnikat. Podnikání se však nedařilo a během posledních asi dvou let se manřel začal měnit. (Nyní mají společně 16-17ti letou dceru). Manřel začal víc chodit do hospod s kamarády, flámoval do rána, přestal se o rodinu starat, choval se, jakoby „chtěl něco dohnat z puberty“. Poslední kapkou je ta milenka. Manřelka ho z bytu už několikrát vyhazovala, on však, ačkoliv vyhozen, lezl domů oknem. (V kontextu této situace ještě figuroval dopis mezi 16ti letou dcerou a otcem. Už si však nepamatují, jestli dopis psal otec dceři nebo naopak. Šlo ale o nějaký písemný projev citů.) Vyptávám se manřela na to, jak celou situaci vidí on, není však schopen se k tomu jakkoliv vyjádřit...jako kdyby to v tu chvíli bylo poprvé, co o tom musí takhle přemýšlet...vypadá to ale, že přemýšlí hodně. Zkousím zabrousit do širší rodiny, manřel však rezolutně odmítá

mluvit o svých rodičích. Přerušil s nimi kontakt už dávno. Toto téma je pro tuto chvíli tabu.

(Často, když přijdou manželé s konflikty v partnerství, musím sama se sebou bojovat za svůj neutrální postoj vůči oběma. Nechci se nechat zatáhnout do role soudce, který rozhodne, kdo je pachatel a kdo oběť. Snažím se zůstat nestranná a chladně analyzovat situaci. Většinou očekávají oba dva partneři, že ve mně najdou spojence. Někdy je těžké tomuto tlaku odolávat, obzvlášť když ten druhý z páru ve mně nevzbudí žádné sympatie a stížnosti na toho druhého se i z mého pohledu zdají oprávněné. Právě v tu chvíli chybí koterapeut – muž.)

Až úplně na konci tohoto sezení mi došlo, že jsem v té záplavě slov o rozdrásaných citech manželky a bezradnosti manžela, nepoložila důležitou otázku.: „A jak vám vlastně v této vaší situaci funguje sexuální život?“ Najednou se oba, k mému údivu, proměnili. Manželka se najednou potutelně pýřivě pousmívá, pokukuje po manželovi a manžel vypadá jako spokojený samec. Jejich sexuální život se vylepšil, ba dokonce, je lepší než kdy dříve! To mě teda dostali! Hledím dost překvapeně, jsem zvyklá na to, že když přijdou manželé s nevěrou nebo s jinou krizí, většinou vypráví o tom, že sex je v jejich manželství na tom špatně už delší dobu nebo už není žádný. Svě překvapení ventiluji a manželka vysvětluje, že její muž je v posteli velice zdatný milenec. Najednou horuje pro jeho velké šikovné ruce a pevné oběti...“vůbec se té druhé ženě nediví, že jejího manžela chce“. Manželka říká, že možná i kvůli té druhé ženě se při sexu víc snaží i ona, což manžel spokojeně potvrzuje...je za to rád. Manželka uzavírá tím, že svého manžela chce a je ochotná za to ještě bojovat, ale už to dlouho nevydrží. Navrhuji manželovi, aby probral svou nerozhodnost s nějakým mužem – terapeutem a dávám mu kontakt.

Po sezení jsem potřebovala názor muže a tak jsem zavolala danému terapeutovi s otázkou, co s tím dál a co si o tom myslí on. Ve třech větách jsem vyslechla mužské stručné shrnutí situace. Jedná se patrně o krizi muže kolem 40ti let, kdy se snaží ještě něco dohnat. Poslat ho do individuálního sezení k chlapovi není dobrý nápad, dva chlapi (tedy oni dva) se většinou dohodnou, když to budou rozebírat, že je lepší jít k milence. Proto by bylo lepší pracovat s párem dál, s tím podporovat manželku v její snaze přitáhnout muže zpět...tedy jeho slova zněla spíš...“aby se ta ženská probrala a začala něco dělat“.

V tomto případě nebylo nutné, abych se hlouběji vyptávala na detaily manželského intimního života. Tento pár byl vůči této otázce otevřený. V jiných případech jsem ale měla pocit, že je potřeba se vyptávat více a

zjistila jsem, že to není vůbec jednoduché. Je to pro mě náročné tehdy, kdy po otázce: „A jak vám vlastně funguje váš „společný“ sexuální život?“ dotazovaní zarytě mlčí nebo odvědí, že „všechno je v pořádku“. Tak pak se ptám: „Je pro vás těžké o tom teď tady mluvit?“ nebo „A co to znamená v pořádku u vás?“. V prvním případě se buď rozmluví o problémech nebo diskusi otevřeně odmítne, či pokračuje odpovědí: „vše v pořádku“. V druhém případě si začínám už připadat trochu divně, když se snažím téma udržet. Už se mi stalo, že jsem příliš spěchala a vypadlo ze mě při jednom párovém sezení: „A jak si to děláte?“ ...manželé, kteří se do té doby jen hádali, napadali a podráždili, se v tu chvíli na mě dívali oba se stejně udiveným výrazem, jako kdyby se ze mě vyklubal voyer. Tehdy jsem se to snažila zachránit tím, že jsem řekla, že to asi teď vypadá divně, ale že sex hodně vypovídá o manželském životě a kvůli tomu přece přišli. Překousli to a nakonec jsme se dostali k vážným problémům jejich intimního života, zkráceně: „vynucený sex; manželka, která musí „přidržet“, aby byl doma klid; na obou stranách nespokojenost a znechucení“. Vyzkoušela jsem si, že mi spíše vyhovuje ptát se na spokojenost se sexuálním životem. V uvedeném případě nespokojenost ženy spočívala v emocionální frustraci a u muže ve frustraci z malé frekvence styku, z pasivity a odmítání ze strany partnerky. Problém byl a je však samozřejmě hlubší.

Jinou zajímavou zkušenost mám s manželským párem, kdy jako první docházel na individuální sezení manžel s „tuhou“ migrénou, kterou trpěl už od mládí, a která byla v té době doslova na sebevraždu. Po čase se přidala manželka a tak jsme pak pracovali nějakou dobu ve třech. Sex nefungoval hlavně pro manželovy migrény, zejména posledních 10 let (mají dvě dospělé děti). Nefunkční soužití bylo zjevné z nákresu plánu bytu, kdy manžel spal v kuchyni a manželka v obývací místnosti... v ložnici bylo skladiště. Byla zřetelná hranice jejich teritorií vedoucí do poloviny kuchyňské linky. Manžel říká, že se rozumí samo s sebou, že když on „štěká do kyblíku“ (zvrací do kyblíku), neslučuje se to se sexem. Manželka si stěžovala, že s manželem není žádná řeč – doslova s ní nemluvil, často to vypadalo, že za trest - že musí všechno zvládat sama a že už to prostě nezvládá. Doporučila jsem jí, aby si lehla do postele, onemocněla a rozhodně vydržela nemocná co nejdéle. Manželka se rozhodla, že to zkusí, byla už asi ochotná vyzkoušet cokoli. Během svého ulehnutí a nemohoucnosti však musela hodně vytrpět. Manžel s „dobrým úmyslem“ starat se o manželku v nemoci jí např. šel uvařit čaj, ale....rozbil konvici, šel vytrít podlahu, ale....rozbil kbelík. Manželka se na to nemohla dívat, nicméně v posteli vytrvala...a co se nestalo....po týdně jejího ležení....přišel manžel a odehrál se sex, během jednoho dne hned 2x, a to v takové kvalitě, jakou (dle slov manželky) ještě snad

neměli. Manželka celá v eufórii z té změny, když si otevřeli láhev, vznesla přípitek: „Tak na nový život!“. Vzápětí však byla zmrazena. Manžel (motivace pro mě záhadou) začal manželce líčit, jak během té doby, co zmizel sex z jejich manželského života, vůbec nebyl impotentní tak, jak se zdálo. V mých očích nevinné erektivní příhody manžela např. v lékárně při pohledu na pohlednou lékárnici, znamenaly pro manželku ránu do srdce (nebo kam?). Rozzlobila se nesmírně na manžela za léta abstinence a uzavřela to tím, že s ním končí a zahájila mlčení. A nejen to. Rozhodla se ukončit poskytování manželovi běžný domácí servis (praní, žehlení, vaření) a omezování sama sebe v tom smyslu, že bez ohledu na manželův vyčítavý pohled začne chodit mezi lidi.

Ještě tu mám jednu záhadu. Existuje něco jako „impulzivní sexuální aktivita během spánku“? Něco jako ekvivalent k „nočnímu děsu“? (noční děs - noční epizoda během spánku s panickým křikem, s masivní úzkostí a dezorientací a s následnou amnézií) Vyprávěla mi o tom teď nedávno klientka, která z počátku docházela půl roku se svými obtížemi s osamostatňováním od své rodiny. Nyní řešila nový problém, a to problém své žárlivosti na partnera (v rámci toho i s otázkou, zda je to ten pravý). Stále si není jistá, zda partnera přitahuje, zda ho vzrušuje, protože frekvence jejich styků je z jeho strany ve dne blokována, zatímco v noci se občas stane, že ji během spánku téměř znásilní, aniž by si z této noční aktivity ráno něco pamatoval. Připomnělo mi to jeden pohádkový film, kde čaroděj ze žárlivosti začaroval milence tak, že muž byl ve dne mužem a v noci vlkem a žena ve dne sokolem a v noci ženou. Oba se mohli uvidět jako lidé jen sekundu při úsvitu, dokud na ně nedopadl paprsek slunce. Klientka vyprávěla, že když se v noci probudí s tím, že souloží, dostane šok a následně pocítí odpor k pokračování ve styku, nicméně často proti svým potřebám pokračuje, dle její slov: „...aby mě nepřestal mít rád“ nebo „...když už nic, tak alespoň takhle, i když si to neužívám“. Během dne ji partner projevuje něžnosti, které jsou však, dle jejích slov, spíše „otcovského“ charakteru a většinou nevyústí v pohlavní akt. To, že ji partner během dne vzrušuje a pak odmítá uspokojit, vnímala klientka jako manipulaci s ní z jeho strany. Do kontextu situace patrně patří to, že partner její klientky vyrůstal a stále žije pouze s matkou a v současné době se všelijak snaží vyhnout tlaku partnerky na založení jejich vlastní domácnosti. Jakoby v psychice partnera mé klientky nebyl dovolen či přijat fakt sexuality. Projevit naplno se mohl pouze v noci, a to tak, aby ráno po všem nezůstala ve vědomí památka. Otázkou je také to, co je v chování klientky, co nutí jejího partnera brát si to, po čem touží, ve chvíli, kdy ona spí. V tomto případě mi intimita těchto dvou připadala tak trochu na způsob Dr. Jekyll a Mr. Hyde.

HISTORIE OBORU

Vladislav Chvála, MUDr.: Wilhelm Reich (1897-1956) a dnešní medicína

*V této rubrice chceme uveřejňovat ukázky z nepřeberného množství textů, ve kterých můžeme hledat paralely k naší dnešní situaci. Nejen proto, abychom se nemuseli zatěžovat pocitem, že objevujeme něco docela nového. Jsme-li na správné cestě, musí být přece na co navazovat. Možná se ukáže, že se toho za posledních sto let zase až tolik ve skutečnosti nezměnilo, pokud jde o postoje většinové zdravotnické společnosti k názorovým menšinám. Dnes se zastavme u svědectví z počátku dvacátých let minulého století, které ve své knize *Funkce orgasmu* napsal rakouský lékař Wilhelm Reich. K nám se dostala kniha až v překladu Aleše Pechy v r. 1993 díky nakladatelství Concordia Praha.*

Nejprve tedy, kdo byl Wilhelm Reich a proč se o něm dnes ještě zmiňovat? Dílo tohoto u nás téměř zapomenutého odpadlého žáka slavného Sigmunda Freuda představuje důležitý most mezi psychickými a tělesnými bádáními v historii moderní medicíny. Narodil se 24. března 1897 v německo-ukrajinské části Rakouska. Dětství prožil na farmě svého otce. Později rozvinul svůj zájem o přírodu při studiu biologie a životních funkcí člověka. 1907-1915 absolvoval německé gymnázium s vynikajícím prospěchem, přestože musel už v r. 1914 převzít hospodářství po svém zemřelém otci a pracovat zde až do okamžiku, kdy bylo zcela zničeno válkou. 1915-1918 sloužil v rakouské armádě, byl 3x nasazen na italské frontě. 1918 se zapsal na lékařskou fakultu Vídeňské univerzity, jako válečný vysloužilce měl právo absolvovat šestileté studium za čtyři roky. Živil se kondicemi než r. 1922 dosáhl lékařského titulu. Stážoval na interně u Orthnera a Chvostka, neurologii a psychiatrii na klinice Wagnera-Jauregga, rok pracoval na psychiatrickém oddělení Paula Schildera, absolvoval školení v hypnóze a sugestivní terapii, navštěvoval dvouletý kurz biologie na Vídeňské univerzitě. Od r. 1920 byl jako člen Vídeňského psychoanalytického spolku v přímém kontaktu se Sigmundem Freudem a vykonával soukromou psychiatrickou a psychoanalytickou praxi. Působil jako první asistent vídeňské Psychoanalytické polikliniky. V letech 1928-1930 je zástupcem ředitele a vedoucím semináře pro psychoanalytickou

techniku, přednáší ve vídeňském institutu klinické předměty a biopsychiatrickou teorii. Před rokem 1930 pracuje v duševně hygienických poradnách, které založil. Vedl výzkum sociálních příčin neuróz. V létech 1930-1933 pokračuje ve své práci v Berlíně, když na krátkou dobu uvěřil propagandě nacionálních socialistů slibujících zlepšení sociálních podmínek, což Reich považoval za hlavní prevenci psychosomatických chorob. Po nástupu Hitlera k moci však musel opustit Německo. V práci pokračoval v Norsku, přednáší na Psychoanalytickém institutu v Oslo. V r.1939 dostává pozvání dr.Theodora P.Wolfa, představitele amerických psychoanalytiků k cestě do USA. Zde přednáší v New Yorku lékařskou psychologii, zakládá laboratoř ve Forest Hills. Od r. 1939 rozvíjí svou původní práci týkající se orgastické potence a orgastického reflexu o domněnku orgastické radiace. Zakládá Orgonový institut. V r.1954 se dostane do sporu s Federálním úřadem pro potraviny a léčiva, který považuje jeho orgonovou terapii za podvod. Za ignorování úřadu je zavřen na 2 roky a 3.listopadu 1956 ve federální trestnici v Lewisburgu v Pensylvánii umírá.

Podívejme se, jak Reich popisuje medicínu ve své době. V Berlíně fungovala psychoterapeutická poliklinika od r. 1920. Ve Vídni se jí podařilo za velkých obtíží otevřít až v r.1922. Reich píše doslova: **„Psychiatrii použili všech druhů vytáček a výmluv a lékařská stavovská organizace se obávala újmy na příjmech zdravotníků. Krátce, založení kliniky bylo shledáno zbytečným...“** „Oficiální medicína nevěděla, co si s námi počít...“ (Funkce orgasmu, str.62)

Mohla by to být náhodná shoda, všechno nové nejprve vzbuzuje pochopitelný odpor, ale ono je těch paralel mnohem více. Kousek dál Reich píše: **„Ani psychiatři, ani psychoanalytici nebyli zvyklí se ptát na sociální poměry svých nemocných...“** (tamtéž, s.68)

O stavu tehdejší psychiatrie nám zanechal toto svědectví. Provozuje se převážně ve velkých ústavech kam jsou „vyšinutí“ pacienti odkládáni. Převažuje představa dědičných nemocí a „vlastního zavinění nesprávným způsobem života“. „Bylo mi jasné“, píše dále Reich, „že psychiatrická věda má jen jednu jedinou funkci: odvádět pozornost od objasnění skutečných podmínek sexuální existence. Její funkcí bylo všemi prostředky dokázat, že duševně nemocní lidé jsou dědičně poznamenání lidé, shnilí od samotné své protoplazmy...“ (str.60)

Nás může zajímat tehdejší postoj lékařů ke vztahu těla a duše. Reich o tom píše na str.50: „O vztahu duševních a tělesných funkcí panovala falešná představa. Tenkrát se mezi duševním a tělesným onemocněním vedl přísný rozdíl. Nález organických příznaků automaticky vylučoval

duševní léčbu- což však podle dnešních znalostí byla chyba- avšak z hlediska domněnky, že psychickou příčinu mohou mít jen psychická onemocnění...“ Zde mi připadá, že jsme v současnosti ve zcela stejné situaci.

Ať byl Wilhelm Reich jakýkoli, rozhodně byl velmi pozorný praktik a poctivý badatel. Všiml si, že je to ve skutečnosti jinak. Píše: „*Nejvíce na mne u tohoto případu zapůsobilo zjištění, že psychický zážitek může mít tělesnou odezvu, jež se může stát trvalou orgánovou změnou. Později jsem tento úkaz nazval fyziologickým zakotvením psychického prožitku.*“ (str.55) To ho vedlo ke změně původně psychoanalytického způsobu práce. Byl si jist, že pokud je psychický zážitek zakotven v tělesné struktuře, nejčastěji v pohybovém aparátu, kde tvoří jakýsi pancíř, obranu proti opakování nepříjemných pocitů fyziologicky spojených s emocí, nestačí si o traumatu jen povídat, je třeba na pacienta také sáhnout. Rozvinul práci s tělem, cvičení, která při své praxi používal. Odtud lze sledovat vývoj několika směrů tělové terapie, která sice stojí na znalosti analytické teorie a vyžaduje psychoterapeutický trénink terapeuta, ale využívá speciálních poloh a cvičení, během nichž dochází k uvolnění zablokované energie. Pojem energie, tak často používaný (a zneužívaný) v léčitelství, zde ve zcela jiném významu než ve fyzice, pochází nejspíš právě od Wilhelma Reicha. Také nejružnější směry léčebných praktik- dnes pohříchu bujících především v laické veřejnosti- diagnostikující domnělé trauma, třeba i intrauterinně utrpěné, z tělesného schématu a napětí svalů, jako např. kinesiologie, mají nejspíš původ právě v pracích tohoto původem vídeňského lékaře. Předpoklad stojí na výborných Reichových pozorováních, pokud však terapeut není dostatečně vzdělaný a citlivý, může svými informacemi typu: „to máte proto, že se na vaši maminku v šestém měsíci těhotenství otec rozhněval a řekl jí ty krávo“, udělat více škody než užitku. Kromě škody na pacientovi, který bývá k takovým informacím citlivý, poškozují tato pokoutní praxe hnutí psychosomatického myšlení na půdě medicíny jako celek. Tělesné zakotvení utrpěného psychického traumatu totiž samozřejmě existuje a běžně se s ním v ordinacích setkáváme. Pokud ho však „odstraňují“ švadleny, učitelky mateřských školek a pojišťovací agenti o přestávkách ve své práci způsobem, kterému se naučili v drahém rychlokurzu, aby dostali zpět své peníze, dělají poctivému badateli Reichovi medvědí službu.

Významu Reichovy práce bychom si měli všimnout nejen pro tento „průsak“ informací do laického světa a jejich zneužití byznysem (kineziologie se šíří marketingem pyramidového typu). Praxe především s chronickými pacienty ho přivedla k názoru, že nejčastěji jejich stonání souvisí s jejich sexualitou. Píše: „Duševní zdraví závisí na *orgastické*

potenci, tzn. na míře, v níž se jedinec dokáže oddat a prožít maximum podráždění v přirozeném pohlavním aktu. Jádrem této vlastnosti je postoj neneurotického charakteru- schopnost milovat. Duševní onemocnění jsou důsledkem poruchy přirozené schopnosti milovat. Při orgastické impotenci (jíž trpí převážná většina lidí) nastává městnání biologické energie, které se stává zdrojem iracionálních činů. Prvním požadavkem léčby duševních poruch je ustanovit přirozenou schopnost milovat. To závisí jak na sociálních tak na psychických okolnostech.“

A dále: „Lidé vychovaní v negativním postoji vůči životu a sexualitě získají úzkost ze slasti, která se fyziologicky zakotvuje v chronických svalových spasmech. Na bázi této neurotické úzkosti ze slasti lidé sami produkují negativní životní ideologii, která tvoří platformu pro diktaturu; je jádrem strachu z vedení nezávislého, svobodného života... Je to biofyziologický strach a tvoří ústřední problém psychosomatického výzkumu. Byl vždy největší překážkou studia mimovolních životních funkcí, jež neurotická osobnost dokáže prožívat jen jako cosi příšerného, co jí nahání strach.“

Reich byl za svoje radikální názory ostře kritizován i samotným Freudem, který dal původně podnět k Reichovým bádáním. Ve své „History of the Psychoanalytic Movement“ Freud totiž líčí, jak slyšel vyprávět slavného Charcota jednomu kolegovi kasuistiku mladé ženy, trpící akutními symptomy. Její manžel byl impotentní nebo velmi sexuálně neobratný. Tu vida, že kolega nepostřehl souvislost, Charcot neobyčejně živě zvolal něco v tom smyslu, že by nemusela být nemocná, kdyby se denně někdo věnoval jejím genitáliím. Jindy předával Freudovi vídeňský lékař Chrobak pacientku s poněkud hrubým vtipem, že by znal recept na tyto případy, ale předepsat ho nemůže. Zněl by „*Recipe. Penis normalis, dosim. Repetatur!*“. Mladičký a pracovitý Reich se vydal po této stopě ale brzy zůstal na své cestě osamělým bojovníkem.

Stále častěji si všimal toho, v jaké vztahové bídě žijí jeho pacienti, a pochopitelně začal považovat nedostatečnost sexuálního života za příčinu nejrůznějších somatizací a neuróz. Když mu kolegové oponovali a tvrdili, že jejich pacienti popírají, že by měli nějaké potíže v sexuálním životě, propracoval své pojetí uspokojivého sexuálního života, které ovšem nespočívá jen v možnosti tělesného pohlavního aktu. „Čím silněji fantazie musí pracovat, aby partnera přiblížila ideálu, tím víc sexuální prožitek ztrácí na intenzitě a sexuálně ekonomické hodnotě. Záleží zcela na povaze neshod, které provázejí každý deletrvající vztah dvou lidí, zda a v jaké míře intenzita pohlavního života devaluje. Devaluace povede k chorobné poruše tím spíš, čím silnější je fixace na primární objekt a

neschopnost dosáhnout ryzího přenosu a čím větší množství energie je zapotřební na překonání odmítání partnera“. (str. 86)

Zde se, podle našeho názoru, Reich dotýká klíčového problému: sexualita není jev sám o sobě, vždy souvisí se vztahy. V té době však ještě nebyly prostředky, jak v terapii pracovat se vztahy případně s celým rodinným systémem tak, aby se nahromaděné konflikty, o kterých Reich píše a tedy dobře ví, mohly zmírňovat. I v naší praxi vidáme nejčastější chronifikace nejrůznějších tělesných symptomů v rodinách, kde pod tlakem konfliktů ustal sexuální život rodičovského páru, nebo je jednostranně vynucován, aniž by byl čas na vzájemné vyladění. Chronická únava především žen, žijících v takové situaci, imponuje pozorovateli jako nedostatek energie. A to je fenomén, kterému se věnoval Reich především. Jeho tvrzení, že při pohlavním styku se předává z jednoho na druhého nějaký druh energie iradiací, bylo natolik vlivné, že ještě koncem padesátých let bylo jedním z cílů připravovaného výzkumu sexuálních funkcí člověka slavnou dvojicí badatelů Masters a Johnsonová v USA prokázat nebo vyvrátit tuto iradiaci. To se pochopitelně žádnými měřicími aparaturami nepodařilo, ale copak každý z nás nezná na vlastním těle, jak posilující je milování s milovaným člověkem, a jak vysilující je soulož nežádoucí, vynucená? Je proto ještě třeba zavádět pojem orgonové energie, nebo vystačíme s motivačními silami a fyziologickými funkcemi těla, které jsou během žádoucího koitu optimalizovány. Nestačí nám pojmy jako uvolnění, vyladění, dobrá nálada, optimální komunikace ve složité situaci rodinného systému? To jen dokládá, jak je objektivizující výzkumná metodologie daleko od možnosti pochopit skutečný život.

V tomto smyslu na Wilhelma Reicha navazuje až po 80 letech naše kniha „Rodina jako sociální děloha“ (Trapková, Chvála), která právě vychází v nakladatelství Portál. Zdrojem somatizací a chronifikace nemocí je situace v rodinném systému, který představuje supraorganismus každého jednotlivce. Jeho tělesné i duševní zdraví je úzce spojeno s prožíváním nejbližších vztahů. I v případě, že si ji přečtete, velmi doporučujeme podívat se na Reichovu práci Funkce orgasmu, kterou je třeba považovat za podstatný stavební kámen evropské psychosomatické medicíny. Předchozí kasuistiky kolegyně Vinduškové o bolestech hlavy dobře ilustrují složité souvislosti vztahů, sexuality a udržování symptomu. A ukazují také možnost léčby, dokonce i v podmínkách naší „zastydlé“ medicíny a dokonce v rámci hospitalizace!

TEORIE A SOUČASNÉ TRENDY

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

část 2

2 Lékařské poznání: od základů vědění k vytvoření teorie

Vzpomeňme si na konstatování, že mrtvoly nemají psychické, ani sociální problémy. Tomuto stavu odpovídá tělo v pojetí biomechanické medicíny. To ale znamená, že nám ani tradiční biologie, ani medicína nemohou dát odpověď na otázku, co je "živoucí tělo"? Obrátíme-li se s touto otázkou na psychologii a sociologii, nedostaneme také žádnou odpověď. Jejich úkoly jsou ve vztahu k tělu definovány tak vzdáleně, že v nich nikdo nemůže tušit vztahy k somatickým problémům. Chceme-li tuto situaci překonat, musíme vyjít z jiného pojetí těla. To vyžaduje odvahu hledat nové východisko. Začneme kritickou diskusí týkající se dvou pojmů, a sice definicí pro "**vzruch**" coby fyzikální nebo chemickou příčinu reakcí organismu a definicí **organismu** coby "otevřeného systému".

2.1 Čemu nás učí vzruchy

Na výtku, že medicína nemá žádný pojem pro živoucí organismus, je možné namítnout, že toto tvrzení platí snad pro anatomii, ale nikoli pro psychologii, která tento pojem dodatečně vytvořila v rámci své nauky o vztahu těla k vnějšímu světu, kde má tento vztah podobu neustálé výměny mezi vzruchy a reakcemi. Při této argumentaci se stáváme obětí závěru, jenž se pohybuje v kruhu: Neboť "vzruchy" předpokládají živoucí tělo, které je schopno na vzruchy reagovat a určovat, co vzruchem je. Bez živoucích těl neexistují žádné vzruchy. *L. von Bertalanffy* (1968) to trefně vyjádřil:

"Dokonce bez vnějších vzruchů není tělo pasivním, nýbrž ze své podstaty aktivním systémem. Reflexní teorie vycházela z předpokladu, že primárním prvkem každého chování je odpověď na vnější podněty. Na rozdíl od tohoto předpokladu ukazuje (ale) výzkum s rostoucí zřejmostí, že za primární je nutné považovat ... autonomní aktivitu nervového systému."

Nejsou-li ale vzruchy příčinami aktivity živoucích systémů, nýbrž jejich aktivitu pouze modifikují, musíme nově definovat pojem vzruchu. Z konstruktivistického a sémiologického hlediska jsou vzruchy, jak o tom později podrobně pojednáme, poruchy (podle Varela "**perturbace**") rozhovorů, které tělo vede samo se sebou. Tyto poruchy slouží jako znaky, které odkazují na procesy v prostředí, a mají pro tělo pozitivní či negativní významy.

V našem exemplárním příkladě interpretuje pacientka odmítání ze strany druhých lidí, blížící se odchod jejího syna i noční záchvaty strachu a nedostatku dechu jako znaky pro nadcházející katastrofy, zatímco lékař registruje pouze celou řadu znaků pro provozní poruchy v těle.

Všeobecně řečeno znamená tento důsledek, že naše tělo překládá např. "perturbace" zrakového procesu do znaků pro světlé a barevné předměty a "perturbace" sluchu do znaků pro hlasité a tiché procesy, které mají pro naše potřeby určitý význam. Tak překládá i jednobuněčná trepka působení vody na receptory na jejím povrchu do znaků, které udávají podíl potravy v jejím okolí, a řídí podle toho aktivitu svých řas, které ji unášejí vodou.

2.2 Autopoiese a plynoucí rovnováha

Aby Bertalanffy (s. 139ff.) zachránil představy o mechanismu a otevřeném systému s volnou výměnou mezi organismem a okolím coby modelu biologie, přichází s tezí, která může být díky své podstatě označena jako "petitio principii" neboli bludný kruh: Důvod neschopnosti fyziky a chemie zodpovědět otázku týkající se rozdílu mezi normálním, nemocným a mrtvým organismem není podle této teze nedostatkem mechanické teorie, nýbrž spočívá v záměně struktury stroje se "ztrnulým řádem". Tento předpoklad je ale příliš krátkozraký, protože v biologii se - dle této teze - stroje uchovávají na

základě uspořádaného toku materiálních součástí. Proto má být tento "proces toku" primární také pro organismy.

Na základě těchto závěrů rozvíjí *Bertalanffy* svoji teorii "otevřeného systému" coby "plynoucí rovnováhy" a domnívá se, že je možné chápat veškeré základní vlastnosti živoucích systémů jako metabolismus, vývoj, samoregulaci, odpovědi na vzruchy, spontánní aktivity atd. jako vlastnosti plynoucí rovnováhy otevřených systémů. "Uzavřené systémy" naproti tomu definuje jako útvary bez látkové výměny jako např. krystaly. Pojem organizace pak chápe jako "progresivní mechanizaci".

Pro pozorovatele, jenž zkoumá organismy pouze z hlediska otázky, zda přijímají a vylučují látky, jsou živoucí těla bezpochyby "otevřené" a krystaly "uzavřené" systémy. Jakmile se ale pozorovatel zajímá o otázku, zda je látková výměna objektů, které jsou předmětem jeho pozorování, určována pasivně okolím nebo naopak aktivně objekty samotnými, pak se z živoucích těl stávají uzavřené systémy, jak to formuloval *Maturana* ve svém pojmu "autopoiese". Uzavřené systémy "interpretují" své okolí z hlediska jeho významu pro potřeby organismu.

2.3 Živoucí tělo jako jednotka z organismu a prostředí

Pozorujeme-li živé tělo zvířete či člověka nepředpojatě, to znamená bez vlivu našich dualistických hypotéz a biomechanických výkladů, tak zjistíme, že veškeré jeho funkce závisí na protislužbách vhodného prostředí: Jeho plíce potřebují atmosféru složenou určitým způsobem, aby mohly dýchat. Jeho končetiny jím mohou pohybovat jenom v určitém médiu, které jejich pohybům klade potřebný odpor. Tělo ptáka potřebuje ovzduší, jež klade jeho křídům odpor potřebný pro plachtění či létání. Tělo ryby vyžaduje vodní prostředí, které klade odpor pohybům jejich ploutví; a tělo savce potřebuje půdu, na níž mohou jeho nohy stát a po které mohou běhat. Stejně je to i s potravou, která v těle udržuje výměnu látek a tekutin v rovnováze. Také ona se musí přesně hodit k jeho potřebám. Z tohoto důvodu nemůžeme odloučit živoucí tělo od prostředí, ke kterému přísluší, aniž bychom je zabili. Teprve organismus a prostředí tvoří "celek", "jednotku přežití"

(Bateson 1985) či "živoucí systém", jehož části k sobě navzájem musí - obrazně řečeno - pasovat jako klíč a zámek, popř. jako potřeba a její uspokojení, pokud se nemá život dostat do nebezpečí. Tento model nám umožňuje zavést pro "zdraví" a "nemoc" pojmy "**schopnost sladování se**" a "**ztráta schopnosti sladování se**".

Tato definice však vyžaduje nový pojem pro "prostředí", jenž se musí lišit od toho, který běžně používáme v našem jazyce, neboť tento nerozlišuje mezi "prostředím" a "okolím". Této úlohy se zhostil biolog *Jakob von Uexküll* (1864-1944). Definoval "prostředí" jako "subjektivní svět", který "konstruuje" živý organismus na základě své druhově specifické organizace, na základě svých biologických potřeb a dispozic chování, a to ze znaků, které přijímají jeho receptory a smyslové orgány. Je-li tedy vnímání totožné nikoli se zobrazováním, nýbrž s konstruováním, stává se živoucí tělo částí dynamického systému. To nám umožňuje vnímat vztahy mezi tělem a jeho prostředím jako vztahy mezi komponenty celku, které nejsou spojeny příčinou a účinkem či vzruchem a reakcí, nýbrž procesy, které je možné popsat jako "procesy znakové". To samé platí i pro interní vztahy v organismu.

V této souvislosti lze chápat **potřeby** jako stavy nedostatku jednotky přežití (*Piaget* 1969). Tyto stavy nedostatku pak nutí tělo ke dvojímu:

- za prvé: udělit svému okolí význam prostředí, ve kterém může být chybějící nalezeno
- za druhé: vyvinout aktivitu, jež může odstranit nedostatek a obnovit jednotku přežití

2.3.1 Tělo jako systém, který prožívá sám sebe

"**Prožívání**" můžeme definovat jako schopnost těla neodpovídat mechanicky na vlivy okolí, nýbrž je interpretovat jako něco, co mění jeho jednotu s prostředím. Na tuto interpretaci odpovídá chování, které tuto změnu odpovídajícím způsobem zohledňuje. Z tohoto hlediska musíme přiřknout "prožívání" také jednobuněčným organismům.

Maturana (1982) označuje schopnost živoucích těl provádět energetické procesy výměny s okolím nikoli podle globálních fyzikálních zákonů, nýbrž podle "vlastních kritérií", jako "**autopoiesi**". Jelikož jsou tato kritéria pozorovateli nepřístupná, je tím osloven také rozdíl mezi "otevřeným" a "uzavřeným" systémem. Koncept "autopoiese" však nezodpovídá otázku, co máme chápat pod "vlastními kritérii" těla. Chceme-li obdržet odpověď na tuto otázku, musíme se obrátit na pojem *propriocepce*, který zavedl *Ch.S. Sherrington* (1857-1952) jako označení pro situaci, kdy dojde zároveň k natažení i stažení svalu při reflexech touhy. Pojem propriocepce se zde míní, že sval se tím, že se v reakci na své natažení stáhne, "zmocňuje sebe sama" (z latinského *proprium*: vlastní a *capere*: vzít, brát).

V širším rámci se tato myšlenka objevuje opět u *Piageta*: Jeho pojem "senzomotorické kruhové reakce" chápe **senzoriku jako rozhovor těla se sebou samým**, ve kterém se tělo zmocňuje sebe sama svojí motorickou reakcí. Dle *Spitzera* (1996) bylo v rámci moderního výzkumu mozku zjištěno, že u člověka získává 99,9 % veškerých neuronů v mozku svůj vstup od jiných neuronů a stejné množství neuronů vysílá svůj výstup opět jiným mozgovým neuronům. Pouze mizivě malá část informací opouští užší hranice organismu, všechno ostatní jsou rozhovory, které vede organismus sám se sebou. *Oliver Sacks* (1989) popisuje existencionální význam této pro naše tělesné prožívání rozhodující vlastnosti, jejíž ztráta je spojena s "pocitem vyhasnutí či zborcení existence": "Takováto ... zkušenost je, použijeme-li středověký výraz, *experimentum suitatis*", tedy experimentem vlastní existence. Tento experiment provádí naše tělo při každém pohybu. Negativní výsledek vede "k elementární změně identity či bytnosti na zcela jasně vymezeném organickém, neurologickém základě." Z toho je možné odvodit základní vzor pravidla pro konstruování jednotky přežití sestávající z organismu a prostředí, který je platný pro veškeré formy vztahu mezi organismem a vnějším světem, v nichž je "tělo" prožíváno jako znak pro "sebe sama" a "prostředí" jako znak pro "nikoli sebe sama" (*Th. von Uexküll* 1986). V tomto vzorci je aktivní chování organismu zároveň "kybernetickou zkouškou" pro "schopnost sladování se" se senzorickými konstrukcemi prostředí. Poruchy těchto souvislostí nehrají zásadní roli pouze u anatomických zranění, nýbrž také u konverzních

syndromů, a především u četných funkčních syndromů či somatických poruch (viz. Kapitola 51 "Funkční a somatické poruchy").

Regulační obvod vyobrazený na schématu 1.1 je z tohoto hlediska nejjednodušší forma kruhových znakových procesů. Znázorňuje konstrukční pravidla jednotek přežití sestávajících z organismu a prostředí ve všech formách vegetativního života. Ve "funkčním kruhu", který se opírá o tento regulační obvod a o kterém bude podrobněji pojednáno dále, se již setkáváme s komplexnější podobou coby konstrukčním pravidlem živočišných forem života. Vylíčíme, jak lze popsat konstrukční pravidlo pro naše individuální skutečnosti coby "situační kruh".

2.4 Pojem prostředí neboli konec naivity

Zde se musíme na okamžik zastavit a ujasnit si, jaké duševní dobrodružství očekáváme od tohoto pojmu prostředí pro náš naivní pohled na svět skrze prizma fyziky. Dostáváme se tím nejenom do obtíže, že definujeme pojem prostředí jinak než obecný jazyk (*Gipper 1963*); přejímáme tím ale také tři teoretické přístupy/metody, které zásadně mění naše navyklé představy:

- Konstruktivistický přístup
- metodu znakové teorie či sémiotiky
- metody systémové teorie

Nejprve musíme tyto metody/přístupy v žádoucí krátkosti představit a odůvodnit. Chceme ale také předeslat, že tím dodatečně přinášíme pouze informace o vědecko teoretických změnách paradigmat, ke kterým došlo v posledních desetiletích, aniž to medicína zaznamenala. V pátém vydání této knihy jsme poukázali na to, že tyto **změny paradigmat** mají tak zásadní charakter, že je nutné mluvit o **změně syntagmatu**. Paradigmata jsou coby součásti nadřazeného syntagmatu srovnatelné s nosnými zdmi budovy. Změní-li se jejich stavební projekt - který v našem případě odpovídá syntagmatu -, pak musí být také interní vztahy základních prvků nově definovány.

K vyobrazení 1.1 (viz originál knihy)

Propriocepce: Organismus mění své bezprostřední okolí svojí motorickou a sekreční aktivitou. Tím konstruuje ze svého okolí "obytnou schránku", která odpovídá jeho potřebám a která jej obklopuje coby ochranné médium. Tímto způsobem neustále vede "rozhovor" se sebou samým, ve kterém si přivlastňuje sebe sama (*propriocepce*). Vlivy dalšího okolí, které mění "obytnou schránku" coby médium, v němž probíhá "rozhovor" sama se sebou, jsou registrovány jako "pertubace" (Varela 1981) a jsou interpretovány na základě potřeb těla jako znaky pro procesy, jejichž význam vyvolává určité chování. Tímto způsobem konstruuje živoucí systémy sebe sama a uchovávají se na základě autopoiese.

2.5 V závěsu konstruktivismu: jak vznikají skutečnosti

První otázka směřovaná na zástupce konstruktivismu vyplývá z jejich tvrzení, že živočichové se nesetkávají s **žádnou realitou "tvrdých faktů"**, kterým by se museli přizpůsobovat, aby mohli přežít. Tato pozice je výsledkem sporu s teoretickým problémem poznání, který ve 20. století zaměstnával různé vědecké disciplíny:

Kvantová fyzika byla konfrontována s obtíží, jak má být definována realita elektronu, který musí být - v závislosti na tom, jak je kladena otázka ze strany pozorovatele - jednou popsán jako "částice", a jindy jako "vlna".

V biologii tento problém vystoupil do popředí ve chvíli, kdy se vědci začali vyrovnávat se skutečností, že živočichové nereagují na procesy, které pozorovatel vidí v jejich okolí, nýbrž na procesy, které mohou zůstat pozorovateli skryty a mohou být vnímány pouze specifickými receptory živočicha a interpretovány pro jeho potřeby. Pozorovatel pak může interpretovat pouze interpretace živočicha, který je předmětem jeho pozorování. Je možné také mluvit o "**meta-pozorovateli**" či pozorovateli druhého řádu, který interpretuje pozorování pozorovatele prvního řádu.

Důsledkem tohoto poznání byla skutečnost, že "teorie zobrazování", podle níž má věda za úkol "zobrazovat" objektivní realitu ležící na druhé straně vnímání, není udržitelná. Není-li skutečnost, která má být pozorována, nikomu k dispozici, musí ji pozorovatel zkonstruovat. To je

také cesta, kterou se ubíral "konstruktivismus". Ústřední myšlenkou jeho pojetí reality je idea, že představa o souhlasu našich konceptů se skutečností musí být nahrazena **představou o tom, že naše konstrukce skutečnosti "ladí" s nerozpoznatelnou realitou.**

E. von Glasersfeld (1996) zdůrazňuje, že toto pojetí netvrdí, že neexistuje žádný svět a žádní lidé kromě světa konstruktéra a jeho samotného - jak je tomu ve solipsizmu. Tvrdí se pouze, že jsme sto "poznat" tento svět jen do té míry, do jaké jej v podobě proveditelných modelů sami konstruujeme. Pro "vědění", které tyto modely zprostředkovávají, platí následující: "Je pak dobré, ladí-li s omezujícími podmínkami (neznámé) reality a nikoli s nimi koliduje... Tohoto sladování nemusí být dosaženo pouze tak, že kognitivní struktury, schémata a teorie zůstanou vůči novým poznatkům a experimentům schůdné, nýbrž také tak, že budou slučitelné s jinými použitými schématy a teoriemi" (s.253). *Von Glasersfeld* cituje *Piageta*: "Co zůstává, je konstrukce jako taková, a není žádný důvod, proč by mělo být nerozumné domnívat se, že vlastní podstata skutečnosti spočívá v tom, že je opět a znovu konstruována, a nikoli v souhrnu předem vyhotovených struktur."

Důsledky, které z této teoretické revoluce poznání vyplývají pro medicínu - a tím také pro náš exemplární případ nemoci -, mají neméně revoluční charakter: Nesmíme vycházet z toho, že se pacientka a lékař setkali ve "skutečnosti", nýbrž si musíme ujasnit, že dvě skutečnosti se střetly:

- Jedna skutečnost, která byla zkonstruována pacientkou. V této skutečnosti prožívá pacientka sebe samu jako nikoli zdravou a svoji nemoc jako ztrátu schopnosti sladovat se; v této její skutečnosti je lékaři přisouzena úloha pomocníka, který má odstranit tuto ztrátu.
- Druhá skutečnost, ve které žije lékař. V této skutečnosti používá lékař svoje biologicko medicínské znalosti, s jejichž pomocí určí potíže pacientky a přiřadí je nosologickým pojmům. Následně pak naplánuje diagnostické a terapeutické kroky, které z toho vyplývají.

Důsledkem je, že pacientka a lékař musí zkonstruovat společnou skutečnost. Zde je pak nemoc pacientky úlohou,

kteřá mŕže bŕt řeřena pouze společně, a to tak, že se lékař i pacientka shodnou na diagnostických pojmech i nutných krocích v léčbě.

Vŕhradně pro potřeby Psych@somu přeložil Lubor Špís

Jiří Šimek, Doc.MUDr.: Poznámka k textu T. von Uexkŕlla a W. Wesiacka

Při čtení textů přicházejících z vědeckých kruhů a při hovorech s poctivými českými vědci si často povzdychnu, jak se věda klopotně a s mnohými oklikami dobabřává tam, kde někteří rozumní filosofové byli již před léty, ne-li staletími. Je tomu pár dní, co se mi pan profesor Richard Rokyta svěřil, že výzkum bolesti objevil neuvěřitelnou věc. Při bolesti psychické i tělesné se v pozorování s pomocí magnetické rezonance aktivují ty samé okruhy mozku. Byl udiven, když jsem mu řekl, že to vím již dávno a přednáším to tak už léta, a nepotřebuji k tomu moderní přístrojovou techniku. Konstruktivismus je úžasná vědecká teorie, která v podstatě říká to samé, co Immanuel Kant před více než dvěma sty lety. Nezaujatým zrakem, neopřeny m o vědecké experimenty, vzdor převládajícímu nadšení té doby jak se nám pěkně daří poznávat svět, zamýšlel se nad tím, co to vlastně studujeme a do jaké míry můžeme vědět, že věci jsou tak jak je poznáváme ve vědeckém výzkumu. A již tenkrát dospěl ke stejnému závěru jako dnešní konstruktivismus. Co a jak věci jsou nezávisle na pozorovateli přece nemůžeme vědět. Provádíme různá pozorování, měření a experimenty a na tomto základě činíme závěry. Přírodní zákony jsou tedy námi konstruovány, je to náš výklad pozorovaných souvislostí. Jak je to nezávisle na nás, jen Bůh může vědět. Přitom začal používat pojem „fenomén“. To co pozorujeme, jsou fenomény, ne skutečné, „objektivní“ věci o sobě. Fakt, že pozorujeme fenomény a ne věci o sobě, rozpracovali důsledně představitelé fenomenologie, ke kterým patřil i náš jediný filosof světového formátu Jan Patočka. A ten již od 30. let dvacátého století rozvíjí svou teorii „přirozeného světa“. Člověk žije ve světě, jak mu rozumí, tedy vlastně, jak si jej zkonstruoval. Převládající model, který mu je nabízen v první polovině dvacátého století, je model vycházející z experimentálních věd. To je dobrý model, ale je v něm diskreditován „přirozený svět“ člověka, tedy ten svět, ve kterém obyčejný člověk žije (jak si jej v průběhu svého vývoje konstruuje). Ve vědeckém modelu je mimo jiné jinak konstruován prostor a čas (v přirozeném světě se díváme z určité perspektivy, ne z vědeckého nadhledu a čas je nevratný, přitom

je to řazení událostí, ne vteřin a hodin) a také v něm chybí pojem lidské svobody. Dnešní lékař to má ještě těžší než kdokoliv jiný také proto, že on díky svému vzdělání konstruuje svůj svět v duchu vědeckého modelu, zatímco pacient, jako správný postmoderní člověk, již více žije ve svém světě přirozeném, ve kterém již nemá věda konstitutivní, ale servisní charakter.

Jan Poněšický, MUDr.: Zásady psychoterapeutického přístupu u psychosomatických pacientů: Díl třetí: Strach z psychoterapie

Psychoterapeut, jež vnímá především pozitivní stránky svého úsilí, často ztrácí ze zřetele úzkost pacienta z psychoterapie, což může vést již na začátku léčby k nedorozuměním. Zde se budeme zabývat otázkou, zdali je obava psychosomatického pacienta z psychoterapie silnější nežli u neurotika a zda má jinou kvalitu.

Psychosomatickému pacientovi neustále hrozí - dokonce ale i právě odstraněním příznaků - sesutí homeostázy, dekompenzace, deprese, bezmoc, neboť tělo je narcisticky zneužíváno coby prodloužení psyché. Jednak zástupně něco vyjadřuje, komunikuje, jednak musí neustále poslouchat, fungovat. Pacient chce pouze odstranit negativní, např. bolestné důsledky své symptomatologie. Proto musí být stále, pokud možno několika způsoby, zajišťován status quo, stálost až nehybnost ve způsobu jeho života, v narcistickém používání jeho těla i lidí ve službách odvrácení potenciální psychosomatosy. Ta totiž vypukne, když se vyjeví v určité zátěžové situaci jeho deficit /např. při prvním neúspěchu, těžké ztrátě apod./. Proto je psychoterapie coby reprezentant změny obávaná.

Tuší-li pacient, že mu něco chybí - a mohlo by to vyjít najevo - nechce si to uvědomit, neboť by to znamenalo nutnost na tom chybějícím pracovat, vzdát se náhražkové nemoci, a tak se již v předpolí tomuto náhledu, tomuto vědomí brání.

Poněvadž bývá představa psychoterapie spojována s psychiatrií, ptá se opět častěji psychosomatický pacient, jemuž je psychogenese jeho nemoci vzdálená - zdali je snad u něj něco v nepořádku /což je vlastně pravda!, zda je neschopný samostatně existovat, zda je normální /na čemž trvá/. Zároveň se obává, že by si okolí mohlo pomyslet, že není O.K. – a právě obratná kompenzace jeho deficitů je pro něj tak důležitá.

Naproti tomu trpí neurotik otevřeněji, příměji psychickými příznaky, zvláště zřetelnějšími úzkostmi, tudíž spíše akceptuje psychologickou léčbu. Taktéž má psychosomatický pacient větší strach z penetrace do jeho osobnosti, z prohlédnutí a ovládnutí psychoterapeutem - což je opět jedno z rozšířených klišé o něm. Proto je třeba, zvláště u psychosomatických příznaků traumatizovaných osob /po traumatické penetraci, destrukci osobnostních hranic/ každý krok s pacientem předem prohodit a poskytnout mu možnost spoluúčasti na léčbě, na rozhodování. Z uvedeného též vyplývá, že se zde psychoterapie odvíjí pozvolněji a musí být často spojena s tělesně orientovanou, pro pacienta srozumitelnější rehabilitací. Netrpělivost, tlak na rychlý náhled ohledně psychogenity onemocnění může vyvolat oprávněný odpor, zúskostnění, agrese či dekompenzaci.

Neurotikova úzkost se netýká tolik obavy z dekompenzace jeho osobnosti provázené pocitem zahanbení, nýbrž konfrontace s jeho zakázanými impulsy ve vztazích. Neobává se tolik penetrace či příliš intimního vztahu, neboť proces separace a individuace je u něj více méně završen. Obává se rozvolnění či konfliktovosti ve vztahu - a tak zájem i blízkost terapeuta spíše vítá.

Konfrontace s minulostí se u psychosomatického pacienta týká buď traumat či emocionálního zanedbání, což je hůře snesitelné nežli /naopak/ nadměrně silná a neadekvátní emoční stimulace, kterou nalézáme v anamnése u neurotiků.

Obava i nechuť typického psychosomatického pacienta se otevřít psychoterapeutické léčbě souvisí i s tím, že tuší, že se bude muset mnohemu krůček po krůčku učit a pravděpodobně nikdy nedohoní zcela svůj vývojově - emoční deficit. To by představovalo nepříjemnou práci na sobě spojenou s pocitem méněcennosti. Naproti tomu jde v psychoterapii neuros spíše o osvobození od zábran, dochází k příjemným zážitkům jejich bourání, překonání, k ulehčení. Deprimující je pro psychosomatického pacienta i ona ztížená schopnost vnímat a vyjadřovat své emoce, svůj vnitřní život. Jím předjímané mlčení a chudá stereotypní konverzace je mu trapná.

Oproti neurotikům nejsou psychosomatictí pacienti zvyklí na frustrace a jejich zvládání. Nacházejí si ihned lidi či vhodné prostředí, později lékaře, kteří mají uvést vše do pořádku. Často nejsou již od dětství vystavováni novým výzvám, ať následkem hýčkáni či výchovného zanedbání. Psychoterapie je však charakterisována a provázena "optimálními" frustracemi, je očekávána motivace a odhodlání se sebou i ve vztazích experimentovat.

Zde se často nechává terapeut vmanévrovat do aktivní role /analogické typickému lékařskému postoji/, čímž se oba aktéři vyhnou pocitům pasivní bezmoci, stagnace, nehybnosti, neschopnosti a nemožnosti ihned efektivně pomoci. Na obou stranách existuje kulturně-historicky zafixovaná a pochopitelná představa, že se s tělesnými příznaky chodí k lékaři a že je nasnadě očekávat pomoc zvenčí /od lékaře, léků, léčebných procedur/. To, že by si pacient měl pomoci sám, že je psychoterapie pomoc ku svépomoci, znamená změnu jeho subjektivního paradigmatu a vyvolává úzkost / z neznáma, z nejistého úspěchu atd./ Obdobný přerod by čekal i na lékaře, který by se musel vzdát své sebestřednosti, že na všechno stanoví jasnou diagnosu, nalezne ihned terapeutické řešení, že může být vše vysvětleno a medicínsky vyléčeno. Kdybych zde interpretoval podvědomé přání po vševědoucnosti a všemohoucnosti, tak by jistě mnoho lékařů odporovalo a argumentovalo svým svobodně zvoleným, obětujícím se povoláním, jež je přece opakem narcistické velikášskosti. Snad by ale přece jen někteří souhlasili v tom, jak je obtížné neopětovat velkou důvěru, kterou pacienti do lékaře vkládají, věří mu a obdivují jej. To vše by se mělo zbořit? Jistěže ne. Předáním části zodpovědnosti za zdraví na pacienta je možno docílit zvýšení jeho životní aktivity a sebevědomí. Jistě, je těžší přesvědčit 50 % české /euroamerické/ populace o tom, že by měli lidé méně a zdravěji jíst a popřípadě nesublimovat upadající manželský vztah díváním se na televizi, nežli jim dávat léky proti hypertensi, nespavosti, cukrovce či bolestem v kloubech.

A tak pomalu docházíme k tomu, že se obáváme změnit konsumační, stále dražší a v podstatě nezdravý systém zdravotní péče. Z čeho vlastně máme ten strach? Ze ztráty pohodlnosti, ze ztráty pacientů, z nutnosti se školit a přijmout celostní biopsychosociální pohled na medicínu, z povstání pacientů i lékařů, z prohraných voleb? Na to ať si každý odpoví sám.

MUDr PhDr Jan Poněšický



STŘEDISKO RANÉ PÉČE PRAHA

Haštalská 27, 110 00 Praha 1, tel: +420 224 826 860, fax: +420 224 826 857 www.ranapece.cz, e-mail: paha@ranapece.cz

Pracovní náplň

funkce: koordinátor – administrativní pracovník SRP Praha

- pracuje v souladu se Stanovami a Směrnicemi SPRP
- řídí se instrukcemi vedoucí SRP
- sleduje a vypracovává plán a rozpis činnosti SRP
- zajišťuje administrativní agendu SRP, evidenci všech písemností a dokladů
- účastní se pravidelných porad SRP a koordinátorů a píše zápisy
- vede a doplňuje adresář místní a krajské správy, spolupracujících organizací, institucí a odborníků, pracovníků SRP, technických a provozních služeb
- vyřizuje poštu a eviduje korespondenci SRP, rozesílá materiály klientům, poděkování sponzorům
- zajišťuje namnožení a distribuci čtvrtletníku Rolnička, vede přehled předplatitelů
- přijímá a vyřizuje telefonáty a návštěvy v SRP
- vede evidenci nových kontaktů
- zajišťuje nákupy kancelářského materiálu a vybavení, nápojů a případně občerstvení na akce SRP
- zajišťuje opravy zařízení SRP (mimo aut)
- vede evidenci majetku SRP (nad 2000,-), cenin (známek, kolků, stravenek) a v souladu se Směrnicemi provádí jejich inventarizaci

Úvazek: přednostně snížený úvazek cca 0,75

Platové ohodnocení: 11 000 – 12 500 při plném úvazku v závislosti na praxi a dosaženém vzdělání + 2x ročně odměny odpovídající cca 13. a 14. platu (nelze však garantovat, závisí na grantovém financování organizace)

Dovolená: 5 týdnů

"Téměř-absolventka výcviku v rodinné terapii psychosomat. poruch v SKT Liberec (konec výcviku červen 2004) nabízí svou zkušenost a externí spolupráci v rodinně-terapeutickém páru. Praha a okolí. mail: zuzkat@email.cz, tel.: 605 461 494"

VÝCVIKY:

Název	Výcvik v rodinné systemické terapii orientovaný na léčbu psychosomatických poruch akreditovaný pro zdravotnictví
Doba trvání	4 roky
Určeno	Přednostně pro lékaře a psychology pracující ve zdravotnictví
Pořadatel	Liberecká pobočka Pražského psychoterapeutického institutu, Jáchymovská 385, Liberec 10, IČO: 63110431, tel.485151398, e-mail: skt@sktlib.cz , více informací na www.sktlib.cz

Staničná 1062/20, 911 05 Trenčín, Slovakia, ,fax : 00421 (0) 32 7440972

(Možnosť priameho odberu alebo poslania na dobierku), v ČR cez vyd. Triton, Praha

Priamy odber v Bratislave nad 10 ks možno realizovať aj cez Danicu Petránku, Bajkalská 18, Bratislava, tel.: 02/55575913 Distribúcia (aj pre ČR): Ing. Pištek – Freddie, knihy puzzles veľkoobchod, Borská 1, 841 04 Bratislava fax: + 421 2 654 279 62, alebo 654 223 88

Knihy sú obvykle dostupné aj v predajniach Artfóra (Bratislava, Žilina, Košice). UPOZORNENIE! – Tu uvedené ceny platia len pri priamom odbere z Vydavateľstva F alebo od pani Petránkej, Bajkalská 18, BA - pri kúpe cez kníhkupectvá treba počítať s prirážkou, ktorú si prirodzene pripočítavajú za svoju prácu a náklady distribútor a kníhkupectvo.

Napríklad:

- **Argelander, H.: Prvé interview v psychoterapii.** 82 strán. Ako viesť prvý rozhovor v psychodynamickej psychoterapii, čo si všímame, ako tvoríme hypotézy o pacientovom probléme. 135,- Sk / 106,-Kč

- **Blaser A., et al. : Na problém orientovaná psychoterapia.** Koncept integrovanej krátkodobej psychoterapie. 302, strán.. Čo je dôležité v krátkodobej psychoterapii? Odpoveď na túto otázku nájdú rôzne zameraní psychoterapeuti, psychiatri, psychológovia; zaujme ako začiatočníkov, tak aj pokročilých, psychoterapeutov. 290,- Sk / 227,-Kč

- **Dührssen A: Dynamická psychoterapia.** 118 strán. Príručka hlbinné orientovaného prístupu k pacientom. 150,- Sk / 118,- Kč

- **Dührssen, A.: Biografická anamnéza** z hlbinné-psychologického aspektu. 94 strán, Ako súvisí história pacientovho života s jeho ťažkosťami? 150,- Sk / 118,- Kč

a ďalšie

V příštím čísle najdete:

Josef Hašto: K psychogenéze a psychodynamice psychosomatických porúch

Jan Poněšický: Zásady psychoterapeutického přístupu u psychosomatických pacientů: Díl čtvrtý

Jiří Šimek: Etika v psychoterapeutickém vztahu

Pokračování naší ankety: Jak mluvíte se svými pacienty o sexu

Pokračování ukávek z knihy Thure von Uexküllla

Kasuistiku a další lahůdky

[PSYCH@SOM](#) 1/2004 OBSAHUJE

1. Informace o možnosti získat osvědčení
2. J.Šavlík,J.Hnízdil: Krize současné medicíny
3. M.Selerová, M.Býmová: Spolupráce dermatologie s klinickou psychologií
4. P.Petrovská: Kasuistika dermatologická
5. J.Řehák: Jak (ne)mluvím s pacienty o sexu
6. T.Uexküll, W.Wesiack: Integrovaná medicína jako ucelený koncept biologicko-psychologicko-sociální model, část I.
7. J.Poněšický: Zásady psychoterapeutického přístupu u psychosomatických pacientů, část III: Iniciální scénické chování psychosomatických pacientů

Právě vychází
v nakladatelství PORTÁL

Kniha:

Ludmila Trapková & Vladislav
Chvála

Rodina jako sociální
děloha



Psych@Som

Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

ISSN 1214-6102

Tiskne PPI Liberec
Jáchymovská 385